

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DESCRIPTIVE DES BESOINS DE FORMATION SEXOLOGIQUE
PRIORITAIRES DES ÉTUDIANT(E)S EN ERGOTHÉRAPIE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SEXOLOGIE

PAR
MAUDE LECOMPTE

FÉVRIER 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [a] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Mes premiers mots s'orientent vers mon directeur, Dominic Beaulieu-Prévost, que je tiens à remercier pour les précieux conseils, les blagues sarcastiques, l'écoute, le temps et surtout, les friandises, neuves comme vieilles, qui ont été un excellent déjeuner à plusieurs reprises dans la dernière année.

Merci également à maman et à papa pour le soutien et de vous être chargés des tâches quotidiennes afin que je puisse concentrer mes efforts sur la réalisation de mon mémoire. Merci papa d'être toujours là et de m'encourager dans tous mes projets, aussi farfelus puissent-ils être parfois. Merci maman de t'être battue jusqu'au bout.

Ensuite, je veux remercier Jade et Marie-Ève de m'avoir accompagnée à Québec et à Sherbrooke pour mes collectes de données, rendant ces périples en autocar tellement plus plaisants. Dans un même ordre d'idée, merci aux directions, professeurs et étudiants des départements d'ergothérapie des universités de Montréal, de Sherbrooke et de Laval, qui ont gentiment accepté de m'accorder un peu de leur précieux temps pour réaliser ma collecte de données.

Je tiens également à remercier Benjamin pour la minutieuse correction et la lecture attentive de mon mémoire.

Finalement, merci à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ma recherche, par leur aide, leur présence, leur écoute ou simplement parce que je les aime. Amis, famille, amour, Merci!!

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	ix
LISTE DES SYMBOLES.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
PROBLÉMATIQUE.....	1
CHAPITRE I	
RECENSION DES ÉCRITS.....	6
1.1 Les tâches qui nécessitent une formation préalable.....	6
1.1.1 L'éducation à la sexualité.....	6
1.1.2 L'intervention en gériatrie.....	7
1.2 Des clientèles plus à risque.....	8
1.2.1 Les blessés médullaires.....	9
1.2.2 Les hémiplegiques et les traumatisés crâniens.....	10
1.2.3 Les personnes atteintes de maladies dégénératives.....	11
1.3 La pertinence de former les ergothérapeutes.....	12
CHAPITRE II	
CADRE CONCEPTUEL.....	14
2.1 Le besoin de formation.....	14
2.2 Les besoins identifiés à ce jour.....	16
2.3 Les modèles de formation proposés.....	17
2.4 Les variables à l'étude.....	18
2.5 Les dimensions évaluées	19
2.5.1 Les connaissances sexologiques.....	19
2.5.2 La pertinence des connaissances.....	20
2.5.3 Le confort à traiter de la sexualité des personnes avec un handicap.....	20

2.5.4 Les attitudes à l'égard des clientèles avec des handicaps.....	20
2.6 Les questions et les hypothèses de recherche.....	21
CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE.....	23
3.1 Échantillonnage.....	23
3.1.1 Type d'échantillon.....	23
3.1.2 Participants.....	23
3.1.3 Recrutement.....	24
3.2 Procédure.....	24
3.3 Instrument de mesure.....	25
3.3.1 La section sociodémographique.....	25
3.3.2 La section <i>connaissances</i>	26
3.3.3 La section <i>pertinence</i>	26
3.3.4 La section <i>confort</i>	27
3.3.5 La section <i>attitudes</i>	27
3.4 Stratégie analytique.....	28
3.5 Éthique.....	29
CHAPITRE IV	
RÉSULTATS.....	31
4.1 Analyses préliminaires.....	31
4.2 Analyse factorielle du ECCAS.....	31
4.2.1 Analyse factorielle des sections <i>connaissances</i> et <i>pertinence</i>	32
4.2.2 Analyse factorielle des sections <i>confort</i> et <i>attitudes</i>	33
4.3 Analyses descriptives.....	38
4.3.1 Analyse des indicateurs	38
4.3.2 Analyse des items de l'indicateur <i>connaissances</i>	40
4.3.3 Analyse des items de l'indicateur <i>pertinence</i>	44
4.3.4 Analyse des items de l'indicateur <i>confort</i>	46
4.3.5 Analyse des items de l'indicateur <i>attitudes</i>	48

4.3.6 Analyse des items de l'indicateur <i>gestion des comportements</i>	50
4.3.7 Analyse des items à faible communauté.....	51
4.4 Analyses comparatives.....	53
4.4.1 Analyses comparatives selon le sexe.....	53
4.4.2 Analyses comparatives selon le niveau d'études.....	55
4.4.3 Analyses comparatives selon la formation sexologique préalable..	57
CHAPITRE V	
DISCUSSION.....	59
5.1 Les connaissances.....	59
5.2 La pertinence.....	61
5.3 Les confort.....	62
5.4 Les attitudes.....	64
5.5 Les valeurs.....	65
5.6 La formation.....	65
5.7 Les hypothèses.....	67
5.8 Les limites.....	68
5.8.1 L'échantillonnage.....	68
5.8.2 L'outil de mesure.....	69
5.8.3 Les analyses comparatives.....	69
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	74
ANNEXES.....	82
ANNEXE A	
FORMULAIRE.....	83
ANNEXE B	
QUESTIONNAIRE.....	85

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 La définition classique du besoin	15
1.2 La définition classique du besoin appliquée à la situation des ergothérapeutes.	15
1.3 Les variables	18

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Présentation des 5 indicateurs et leurs items	35
1.2 Corrélations entre les indicateurs	37
1.3 Score moyen pour chacun des indicateurs du ECCAS	38
1.4 Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur <i>connaissances</i>	41
1.5 Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur <i>connaissances</i>	43
1.6 Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur <i>pertinence</i>	44
1.7 Fréquence d'apparition d'un intérêt pour chacun des items de l'indicateur <i>pertinence</i>	45
1.8 Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur <i>confort</i>	46
1.9 Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur <i>confort</i>	47
2.0 Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur <i>attitudes</i>	48
2.1 Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur <i>attitudes</i>	49
2.2 Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur <i>gestion des comportements</i>	50
2.3 Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur <i>gestion des comportements</i>	51
2.4 Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items à faible communauté	52

2.5	Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items à faible communauté	52
2.6	Moyenne par score en fonction du sexe	53
2.7	Analyses comparatives selon le sexe	54
2.8	Moyenne par score en fonction du niveau d'études	55
2.9	Analyses comparatives selon le niveau d'études	56
3.0	Moyenne par score en fonction de la formation sexologique préalable	57
3.1	Analyses comparatives selon la formation sexologique préalable	58

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
DESS	Diplôme d'études supérieures spécialisées
ECCAS	Échelle de connaissances, de confort et d'attitudes à l'égard de la sexualité
KMO	Mesure de Kayser-Meyer-Olkin
LGBT	Lesbienne, gai, bisexuel, transsexuel/transgenre
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PLISSIT	Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy
RS	Relation sexuelle
SeP	Sclérose en plaques
ULaval	Université Laval
ULS	Unweighted least square ou moindres carrés non pondérés
UMontréal	Université de Montréal
USherbrooke	Université de Sherbrooke

LISTE DES SYMBOLES

α	Alpha de Cronbach
<	Plus petit que
>	Plus grand que
M/Moy	Moyenne
É.-T.	Écart-type
IC	Intervalle de confiance
t	Score t

RÉSUMÉ

Certaines études portant sur l'ergothérapie se sont intéressées à la capacité des ergothérapeutes à procéder à des interventions *sexoergothérapeutiques*, faisant ainsi ressortir les lacunes dans la formation actuelle des professionnels et les améliorations à envisager afin de combler l'écart entre l'offre et le besoin de formation. Cependant, à ce jour, peu d'entre elles se sont intéressées aux ergothérapeutes Québécois, ce que propose cette recherche. Dans le cadre de cette recherche quantitative, 179 étudiants en ergothérapie recrutés dans trois universités ont répondu à un questionnaire auto-administré. Le questionnaire s'oriente autour de 4 grands axes : les connaissances sexologiques, la pertinence des connaissances, le confort à traiter et à intervenir sur les questions de sexualité avec la clientèle et les attitudes : celles à l'égard de la sexualité des personnes avec des handicaps ainsi que celles face à l'inclusion de la sexualité dans le processus de réadaptation. Les données obtenues démontrent que les besoins les plus criants ayant été observés se situent davantage au niveau des connaissances sexologiques. Pour la plupart des thématiques évaluées, plus de la moitié des participants estiment avoir des connaissances insuffisantes pour effectuer une intervention adéquate auprès de leur clientèle, principalement en ce qui concerne le processus de procréation assistée et les recours possibles en cas de stérilité ou d'infertilité (adoption, etc.) ainsi que les ressources utiles lorsqu'une problématique surpasse les fonctions de l'ergothérapeute. Cependant, une forte majorité de répondants estiment que les connaissances sexologiques sont importantes dans le cadre de la pratique de l'ergothérapie. Il y a donc un intérêt de la part des étudiants qui n'est pas comblé avec le cursus scolaire proposé dans sa forme actuelle. Dans l'ensemble, les participants se disent à l'aise d'intervenir et de traiter des questions de sexualité avec leurs patients, sauf lors de possibles tentatives de séduction du patient et dans la gestion des comportements sexuels. Pour ce qui est des attitudes, une importante proportion d'étudiants a exprimé des attitudes favorables à l'égard de la sexualité des clientèles avec des handicaps. Les attitudes favorables seraient donc un facilitateur à la réussite d'une formation sexologique complémentaire pour les ergothérapeutes. De ce fait, la formation envisagée devrait être axée sur un contenu théorique afin de fournir aux étudiants un bagage de connaissances suffisamment complet pour leur permettre d'augmenter leur confiance quant à leurs interventions et diminuer le sentiment d'inconfort susceptible de survenir dans certaines situations. Toutefois, une évaluation objective formelle permettrait de préciser les besoins de formation afin d'orienter les recommandations.

MOTS-CLÉS :

Ergothérapie - Sexualité humaine - Besoin de formation - Formation - Méthodologie quantitative - Étudiants

PROBLÉMATIQUE

Au Québec, l'Ordre des ergothérapeutes (OEQ) compte plus de 4000 membres qui exercent leur profession dans toutes les sphères du système de santé. Qu'il s'agisse des hôpitaux, des Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), des CSSS (Centres de santé et de services sociaux), à domicile et plus encore, les ergothérapeutes sont présents tant dans les institutions publiques que privées. Ils exercent plusieurs fonctions au niveau de la coordination des soins de réadaptation, de la promotion de la santé, des soins palliatifs, du maintien à domicile et des soins gériatriques de courte et de longue durée. La formation en ergothérapie de 1^{er} et de 2^e cycle est dispensée dans cinq universités québécoises, dont deux dans la région métropolitaine. L'ergothérapie vise avant tout à permettre aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes dans une optique de réalisation personnelle, scolaire et professionnelle (OEQ, s.d.). La pratique professionnelle vise à faciliter l'exercice des activités quotidiennes chez les clientèles présentant des limites physiques ou intellectuelles. Comme défini par l'OEQ, le but de l'ergothérapie est de permettre aux personnes d'avoir une qualité de vie satisfaisante. Pourtant, aucun des établissements d'enseignement qui offrent le programme d'ergothérapie n'offre de formation d'appoint sur la sexualité humaine, hormis un cours optionnel d'*Introduction à la sexualité humaine* à l'Université Laval (ULaval). La sexualité est-elle un aspect à exclure des éléments de la qualité de vie?

À cet égard, plusieurs études montrent clairement que le maintien d'une sexualité dite satisfaisante est un élément à prendre en considération dans l'évaluation de la qualité de vie. Qu'il s'agisse des femmes ménopausées, des personnes ayant des limites physiques ou des troubles de santé mentale, pour ne nommer que ceux-là, les échelles de mesure de la qualité de vie tiennent généralement compte de la vie sexuelle des personnes interrogées (Le Floch, Colau, Zartarian et Gelas, 1997; Marquis,

Amarenco, Sapède, Josserand, McCarthy, Zerbib, Richard, Jacquetin, Villet, Leriche, Casanova, Conquy et Zafiropoulos, 1997). Certains chercheurs ont même développé des modèles de référence quant à la qualité de vie incluant également des facteurs d'ordre sexuel (Dazord, Gérin, Brochier, Cluse, Terra et Seulin, 1993). D'un autre côté, l'anamnèse employée par les ergothérapeutes ne semble pas contenir de facteurs d'ordre sexuel. Peut-on évaluer et travailler sur la qualité de vie sans s'intéresser à cet aspect?

Qui plus est, Summerville et McKenna (1998) mentionnent que la sexualité est vue comme un élément identitaire majeur du contact humain et de la communication. Les patients qui vivent une modification de leur expérience sexuelle à la suite d'un traumatisme ou d'un nouveau handicap peuvent souffrir de séquelles psychologiques susceptibles de diminuer l'efficacité du processus de réadaptation dans son ensemble (Summerville et McKenna, 1998; Drench, 1992). Des recherches réalisées auprès des ergothérapeutes et des patients suivis en ergothérapie ont clairement démontré que les deux parties sont d'avis que la réadaptation devrait certes aborder la sexualité comme composante essentielle. Tous deux s'entendent sur le fait qu'ils aimeraient que les services de réadaptation offerts soient inclusifs, c'est-à-dire des services qui incluent la sexualité dans le processus de réadaptation. On parle ici de services qui répondent aux besoins spécifiques et traitent des problématiques sexologiques propres aux patients avec des limites et des handicaps puis qui tiennent compte également des particularités des clientèles LGBT (Charlifue, Gerhart, Menter, Whiteneck et Manely, 1992; McAlonan, 1996; Summerville et McKenna, 1998;).

Des études réalisées ailleurs qu'au Québec ont présenté des résultats qui abondent en ce sens, démontrant que 55 % des ergothérapeutes et 64 % des étudiants en ergothérapie considèrent que la sexualité est à aborder dans le cadre d'interventions ergothérapeutiques (Novak et Mitchell, 1988; Payne, Greer et Corbin, 1988). Pourtant des études concomitantes ont identifié que de ce nombre, seulement 36 % à 48 % des

ergothérapeutes sondés incluait la réadaptation de la sexualité dans les services offerts, en incluant des questions sur la poursuite des activités sexuelles dans l'anamnèse et en suggérant des plans de réadaptation de la sexualité (Conine, Christie, Hammond et Smith, 1979; Novak et Mitchell, 1988). On peut donc conclure qu'il réside un écart entre la situation souhaitée ou envisagée et la situation actuelle. Comme mentionné précédemment, les patients comme les ergothérapeutes considèrent la sexualité comme un aspect important de la réadaptation à inclure dans le processus et dans le suivi médical. Néanmoins, seulement une faible proportion de professionnels propose véritablement une réadaptation de la sexualité à leurs clientèles et le cursus scolaire d'ergothérapie proposé dans les universités québécoises francophones n'inclut, à ce jour, aucune formation sur la sexualité humaine et plus précisément sur celle des clientèles visées par les ergothérapeutes.

De nombreuses études ont démontré que les professionnels comme les patients jugent important et pertinent de traiter des questions de sexualité avec les patients en réadaptation et l'OEQ exige de ses membres qu'ils travaillent au maintien de la qualité de vie. Comment explique-t-on que la formation des ergothérapeutes, dont la principale tâche est de favoriser la poursuite des activités quotidiennes et le maintien d'une qualité de vie chez leurs patients, n'incluent pas de formation sur la sexualité humaine? Ont-ils d'emblée les connaissances nécessaires pour effectuer des interventions sexologiques efficaces, qui répondent aux besoins de leurs clientèles?

Sachant que les patients comme les professionnels ont démontré un intérêt et que le maintien de la qualité de vie passe par la poursuite d'activités sexuelles et intimes satisfaisantes, la question générale de recherche est donc la suivante : quels sont les besoins de formation sexologique prioritaires des étudiants en ergothérapie? L'objectif initial est de valider le questionnaire et les échelles de mesure. Les objectifs suivants sont d'analyser les besoins de formation sexologique perçus par les étudiants en ergothérapie afin d'en dégager des pistes de réflexion quant à une

hypothétique formation. Sans être une analyse des besoins de formation, il s'agit d'un point de départ, une prémisse à une éventuelle analyse formelle. Le travail consiste à analyser la perception des étudiants en ergothérapie quant à leurs connaissances sexologiques, la pertinence de posséder des connaissances suffisantes sur diverses thématiques sexologiques, l'inconfort appréhendé face à des situations à caractère sexologique ainsi que leurs attitudes vis-à-vis de la sexualité des clientèles avec des handicaps et de l'inclusion de la sexualité comme élément du processus de réadaptation et de la tâche des ergothérapeutes.

Les contributions de la recherche s'inscrivent dans un modèle logique qui suppose que les résultats à court terme (immédiats), moyen terme (intermédiaires) et à long terme (finaux) s'effectuent selon un processus de réaction en chaîne. À court terme, la recherche permettra de proposer des recommandations quant à une formation sexologique d'appoint adaptée aux besoins spécifiques des ergothérapeutes, d'identifier les limites actuelles de l'intervention *sexoergothérapeutique* et de bonifier les connaissances sur la formation en ergothérapie, ses intrants et ses extrants. À moyen terme, les résultats immédiats pourraient entraîner une évaluation objective formelle menant à la mise en place d'une formation sexologique appropriée à la pratique de l'ergothérapie et permettront l'élargissement du champ d'exercice professionnel des sexologues en y ajoutant la formation des ergothérapeutes. Finalement, à long terme, une meilleure formation des ergothérapeutes entraînerait possiblement une amélioration de la qualité de vie des patients suivis en ergothérapie et une augmentation des références pour les sexologues dans le cas de problématiques qui surpassent la fonction principale des ergothérapeutes. Bien que la problématique ait également été observée chez les autres professionnels en réadaptation et chez les professionnels de la santé, les contraintes de temps et de faisabilité restreignent la recherche aux étudiants en ergothérapie seulement. Par contre, celle-ci pourrait éventuellement être applicable aux autres professionnels tant en réadaptation que

dans les autres sphères du réseau de la santé et ainsi permettre une meilleure gestion des problématiques de santé sexuelle par l'ensemble du corps médical et paramédical.

Au plan individuel, une formation sexologique d'appoint pour les ergothérapeutes permettrait l'acquisition de connaissances supplémentaires en matière de sexualité humaine et principalement en ce qui a trait aux clientèles avec des handicaps d'ordre physique ou intellectuel. De ce fait, un niveau supérieur de connaissances devrait entraîner un meilleur contrôle et un plus haut confort chez les ergothérapeutes à intervenir dans la réadaptation sexuelle de leurs patients (Javaherian, Christy et Boehringer, 2008). Et dans l'ensemble, une augmentation de la proportion de prise en charge *sexoergothérapeutique* chez les clientèles en réadaptation. De meilleures connaissances peuvent également servir de facilitateur quant aux interventions *sexoergothérapeutiques*. Des attitudes favorables à l'égard de la sexualité des personnes avec des limites physiques comme intellectuelles peuvent également amener un confort accru à intervenir, à questionner et à envisager la sexualité comme partie intégrante du processus de réadaptation.

Les études sur le sujet étant limitées et n'ayant jamais été effectuées auprès des étudiants en ergothérapie au Québec, la recherche vise à valider les informations recueillies dans des études hors Québec sur les besoins de formations sexologiques des professionnels en ergothérapie. D'abord, l'état des connaissances vise à dresser un portrait exhaustif de la situation actuelle des besoins de formation sexologiques des professionnels en réadaptation et plus précisément des ergothérapeutes ainsi qu'à faire le point sur les recherches à ce propos. De plus, le cadre conceptuel permettra de présenter l'assise de la démarche proposer à travers les études semblables effectuées à ce jour. La méthodologie sera détaillée, incluant la procédure, l'instrument de mesure, les analyses statistiques effectuées ainsi que les règles déontologiques qui régissent la réalisation de la recherche. Finalement, les résultats de la recherche effectuée dans trois universités québécoises francophones seront présentés ainsi que les

recommandations concernant une éventuelle formation sur la sexualité humaine adaptée aux étudiants en ergothérapie.

CHAPITRE I

RECENSION DES ÉCRITS

Qu'il s'agisse de la tâche qui leur incombe ou des clientèles cibles, plusieurs facettes de l'ergothérapie appuient l'ajout d'une formation sexologique d'appoint pour les ergothérapeutes. Dans ce chapitre, il sera question des tâches de l'ergothérapeute dont l'exécution pourrait être bonifiée au moyen d'une formation préalable en lien avec la sexualité humaine. Ensuite, une description des clientèles ciblées par l'ergothérapie permettra de mieux comprendre les multiples problématiques sexologiques auxquelles les ergothérapeutes risquent de se heurter dans leur pratique professionnelle. Finalement, la pertinence de former spécifiquement les ergothérapeutes à travers les perceptions des chercheurs s'étant penchés sur le sujet, celles des patients en réadaptation et celles des ergothérapeutes sera également présentée afin de mettre en lumière les objectifs à long terme de la formation et l'intérêt pour les ergothérapeutes.

1.1 Les tâches qui nécessitent une formation préalable

Bien que la tâche d'aider les patients dans le maintien de leur qualité de vie justifie à elle seule la formation sexologique des ergothérapeutes, d'autres tâches plus précises viennent également confirmer la pertinence d'une telle approche. Tant les clientèles avec des handicaps physiques ou intellectuels que les patients en gériatrie ont des besoins sexologiques spécifiques qui demandent que les ergothérapeutes soient habilités à les combler.

1.1.1 L'éducation à la sexualité

En premier lieu, il arrive que les ergothérapeutes aient à s'occuper de l'éducation sexuelle des clientèles présentant des troubles de santé mentale ou des retards

intellectuels. Des études ont d'ailleurs démontré que les programmes de prévention en regard de certaines thématiques sexologiques sont inadéquats dans un contexte où ils sont présentés auprès de patients suivis en psychiatrie et que l'atteinte des objectifs est grandement compromise (Sladyk, 1990). Il est donc logique que les ergothérapeutes aient les connaissances nécessaires afin de répondre aux questionnements des individus concernés et de pouvoir appliquer adéquatement les programmes proposés dans un contexte de handicap intellectuel ou de problématique de santé mentale. Il importe également qu'ils soient à l'aise de procéder à ce type d'interventions, surtout dans un contexte où la réussite des programmes est compromise. D'ailleurs, on peut supposer que de meilleures connaissances permettraient aux ergothérapeutes de poser un regard critique sur les programmes d'éducation sexuelle proposés pour leurs clientèles et d'ainsi favoriser l'amélioration et la mise en application de ces programmes. Une plus grande flexibilité quant aux connaissances et aptitudes des ergothérapeutes qui offrent ces programmes entraînerait certainement une plus grande efficacité desdits programmes éducatifs.

1.1.2 L'intervention en gériatrie

D'autre part, l'intervention en gériatrie constitue une importante part de la tâche des ergothérapeutes (Goldstein et Runyon, 1993). Outre les changements de la réponse sexuelle associés au vieillissement, à l'ostéoporose, à l'arthrite et à une perte de mobilité, la sexualité des personnes âgées amène des enjeux énormes auxquels les ergothérapeutes doivent faire face. En effet, la vie en établissement gériatrique est à l'origine de nombreux questionnements sur l'expression de la sexualité des personnes âgées et sur l'intimité (Ribes, Quiquandon, Gaucher et Sagne, 2008). Au même titre que le reste du personnel soignant, les ergothérapeutes se doivent d'être en mesure de fournir les réponses adéquates à ces questions et de gérer les situations dans l'intérêt des patients.

De surcroît, les ergothérapeutes sont appelés à travailler dans des établissements où moult enjeux éthiques entrent en ligne de compte en ce qui a trait à l'intervention sexologique en gériatrie, principalement lorsque celle-ci s'effectue à l'intérieur des établissements de soins de longue durée. Qu'il s'agisse des hôpitaux, des centres de soins de longue durée ou des établissements de réadaptation, les ergothérapeutes sont plus souvent appelés à travailler dans des établissements publics que dans des résidences privées, rendant ainsi la question de l'expression de la sexualité et la gestion des comportements sexuels plus délicates. Il est primordial que les ergothérapeutes, comme les autres professionnels de la santé, puissent poser un regard critique par rapport à cette problématique et qu'ils puissent évaluer ce type de situation avec un bagage de connaissances et d'outils suffisants.

1.2 Des clientèles plus à risque

La pertinence d'une formation sexologique pour les ergothérapeutes s'explique aussi par les diverses clientèles visées en ergothérapie. En effet, celles-ci sont susceptibles de souffrir de problématiques sexologiques importantes plus fréquemment que le reste de la population (Northcott et Chard, 2000). D'emblée, quelles que soient les limitations auxquelles ces individus sont confrontés, les conséquences sur la personne, la relation de couple et le partenaire sont potentiellement nombreuses (Esmail, 2006). Tous les handicaps physiques ont des conséquences sur l'image de soi des individus et leur perception de la sexualité (Makoto, 2008). Les professionnels en réadaptation gagneraient donc à porter une attention particulière à ces phénomènes et à être formés en conséquence. Plusieurs exemples illustrent cette problématique tels les blessés médullaires, les hémiplegiques et les traumatisés crâniens ainsi que les personnes souffrant de maladies dégénératives comme la sclérose en plaques (SeP).

1.2.1 Les blessés médullaires

Les patients suivis en ergothérapie qui présentent des limites physiques dues à un accident comme les blessés médullaires et les traumatisés crâniens peuvent souffrir de multiples problématiques sexologiques (Courtois, Charvier, Leriche et Raymond, 1999; Bélanger, 2009). Une blessure médullaire consiste en une blessure à la moelle épinière, pouvant être partielle ou complète. Celle-ci peut entraîner une paraplégie ou une tétraplégie. La tétraplégie consiste en une paralysie des quatre membres, alors que la paraplégie concerne les membres inférieurs.

Chez la femme paraplégique ou tétraplégique, on peut observer des troubles de l'identité sexuelle et une perturbation de la fonction sexuelle ainsi que de l'image de soi (Kiekens, 2005). De plus, chez les femmes blessées médullaires, le problème de la contraception se pose et doit être évalué avec prudence. En effet, pour ces femmes, le choix d'une méthode contraceptive peut être fastidieux, car les méthodes hormonales combinées (timbre contraceptif, anneau vaginal, contraceptif oral) augmentent les risques de thromboses veineuses qui sont déjà plus élevés chez cette clientèle. D'autre part, les méthodes hormonales contenant seulement de la progestérone (stérilet Mirena, Depo-Provera, minipilule) augmentent quant à elles les risques d'ostéoporose et de perte de densité osseuse, effets secondaires qui sont plus fréquents chez les femmes blessées médullaires. Finalement, les méthodes barrières ou celles qui demandent une connaissance de son corps (anneau vaginal, diaphragme, cave cervicale, condom féminin) peuvent s'avérer plus difficiles à utiliser dépendamment du type de lésion (complète, incomplète, paraplégie, tétraplégie) (Turpie, Chin et Lip, 2002; Verbe, Labat, Mathé dans Siegrist, Izard et Denys, 2003; Kiekens, 2005).

Chez l'homme blessé médullaire, les conséquences sur le vécu sexuel sont toutes aussi nombreuses. On note chez ces hommes une diminution du désir sexuel due à des raisons physiologiques comme une perte de sensibilité, des atteintes uro-génitales

ou des douleurs. On observe également que la diminution du désir sexuel peut être liée à des facteurs d'ordre psychologique, dont une baisse de l'estime de soi liée au handicap (Hanson, 2009). Les hommes blessés médullaires peuvent également souffrir de dysfonction érectile, d'anorgasmie et leur capacité reproductive est généralement perdue en raison des dysfonctions éjaculatoires et d'une réduction de la qualité spermatique (Hanson, 2009).

De ce fait, la sexualité de ces clientèles amène des problématiques qu'on retrouve moins dans la population générale. Il importe donc que les professionnels qui effectuent le suivi de ces personnes soient formés adéquatement pour répondre à leurs questions et les référer en cas de besoin.

1.2.2 Les hémiplegiques et les traumatisés crâniens

D'abord, l'hémiplegie se définit comme étant une lésion cérébrale pouvant être à l'origine de déficiences variées allant de troubles visuels à des troubles sensitifs ou du langage. Chez les patients hémiplegiques suite à un accident vasculaire cérébral, 50 % disent connaître des troubles de fonctionnement de leur sexualité (Chambon, 2010). On observe chez ces patients des changements dans le fonctionnement sexuel, incluant la libido, l'activité et la satisfaction sexuelle. L'hémiplegie entraîne également une modification de l'image corporelle due à la spasticité, la raideur et les douleurs qu'elle occasionne (Chambon, 2008).

Dans un même ordre d'idée, 58 % des patients ayant souffert d'un traumatisme crânien rapportent des dysfonctions de la réponse sexuelle et dans une moindre proportion, des séquelles émotionnelles importantes en raison des conséquences cognitives de l'accident (Bélanger, 2009). Ainsi, les patients hémiplegiques et les patients ayant subi un traumatisme crânien sont particulièrement susceptibles d'avoir besoin d'un suivi *sexoergothérapeutique* et éventuellement sexologique.

1.2.3 Les personnes atteintes de maladies dégénératives

Les ergothérapeutes sont également appelés à travailler avec des clientèles atteintes de maladies dégénératives. À ce propos, on peut citer les patients atteints de sclérose en plaques, une maladie inflammatoire du système nerveux central, dont l'origine est mal connue. Le diagnostic survient généralement chez les personnes âgées de 20 à 40 ans, une tranche d'âge durant laquelle l'activité sexuelle est généralement plus élevée (Sevène, Akrou, Gallimard-Maisonnette, Kutneh, Royer et Sevène, 2009). De plus, il a été démontré que les troubles génitosexuels sont fréquents chez les patients atteints de SeP et peuvent contribuer à la diminution de leur qualité de vie. Chez la femme, on parle généralement de troubles de la libido et de l'orgasme tandis que chez l'homme, il s'agit de troubles érectiles (Donzé et Hauteceur, 2009). La grossesse peut elle aussi avoir une influence ou être en interaction avec l'évolution de la maladie chez les femmes atteintes de SeP. Par exemple, chez les femmes atteintes de SeP, on observe que durant le troisième trimestre de grossesse, il y aurait une diminution de l'évolution de la maladie (Sevène, Akrou, Gallimard-Maisonnette, Kutneh, Royer et Sevène, 2009). On peut conclure qu'une bonne proportion des patients atteints de SeP bénéficieraient probablement d'un suivi *sexoergothérapeutique*.

Outre les multiples problématiques mentionnées précédemment pour les diverses clientèles rencontrées en ergothérapie, il semble qu'il y ait peu d'informations quant à la grossesse et la maternité chez les femmes avec un handicap. Donc, qu'il s'agisse de contraception, de fonctionnement sexuel, de grossesse ou de maternité, d'estime de soi ainsi que de relations de couple, les limites physiques et intellectuelles ont des conséquences sur la santé et le bien-être sexuels qui, si elles ne sont pas prises en charge par des professionnels qualifiés, peuvent interférer considérablement avec la qualité de vie des patients en réadaptation, et, à certains égards, compromettre la réussite du processus de réadaptation et du plan de traitement de l'ergothérapeute.

1.3 La pertinence de former les ergothérapeutes

La description des clientèles ciblées par l'ergothérapie démontre que celles-ci souffrent de problématiques sexologiques plus fréquemment que dans le reste de la population et que leur suivi nécessite des connaissances et des compétences en la matière. La sexualité doit donc être un élément de la réadaptation dans son ensemble. Bien qu'une telle formation puisse être utile pour l'ensemble des professionnels en réadaptation, l'utilité de former précisément les ergothérapeutes s'explique par le fait qu'ils sont des intervenants de première ligne à la base des plans de réadaptation/rééducation des patients. Il a également été soulevé qu'ils sont dans une position favorable à une intervention sexologique efficace (Sidman, 1977).

En outre, il importe qu'ils soient au fait des modèles existants en terme de réadaptation de la sexualité comme le paradigme de la réadaptation fonctionnelle (Mercier, 2005). D'autres auteurs mentionnent également le *Permission, Limited Information, Specific Suggestions and Intensive Therapy* (PLISSIT) qui sous-tend que la prise en charge de la sexualité d'un patient devrait se faire dès l'admission dans un centre de réadaptation. Le programme suggère qu'un climat de tolérance et d'ouverture soit installé afin que le patient soit libre d'aborder les questions de sexualité et que le professionnel soit en mesure de donner des informations générales et réfère aux professionnels compétents le cas échéant (Annon, 1976). D'autres proposent que le processus comprenne une phase de rééducation à l'autonomie fonctionnelle suivie d'une réadaptation sociofamiliale et professionnelle. Dans le cadre de la seconde phase, les lieux fréquentés par le patient handicapé doivent être réaménagés afin de favoriser la poursuite ou l'initiation d'une vie affective et sexuelle harmonieuse (Hanson, 2009). Il importe de former les futurs professionnels en réadaptation afin qu'ils puissent mettre en application les modèles proposés.

De plus, la formation répondrait aux besoins des patients qui mentionnent vouloir que leurs ergothérapeutes aient les informations nécessaires pour les guider dans la réadaptation de leur sexualité (Northcott et Chard, 2000). D'ailleurs, certains patients qui rapportent avoir eu une forme d'intervention *sexoergothérapeutique* se disent insatisfaits de la qualité des services reçus et estiment que ceux-ci ne répondent pas à leurs besoins quant à la réadaptation de leur sexualité. Ils revendiquent aussi une intervention différenciée en fonction du sexe (Summerville et McKenna, 1998).

Une étude américaine a démontré que les ergothérapeutes ayant suivi une formation sexologique complémentaire concernant la sexualité humaine et les dysfonctions sexuelles considèrent qu'il s'agit d'un ajout pertinent à leur formation initiale (Neistadt, 1986). D'autres chercheurs mentionnent qu'une telle formation leur permettrait également d'augmenter leur niveau de confort à traiter de questions de sexualité avec les clientèles lesbiennes, gaies, bisexuelles, transsexuelles (LGBT) et de rendre la pratique de l'ergothérapie plus inclusive (Javaherian, Christy et Boehringer, 2008). On peut donc penser qu'une telle formation aurait également des effets bénéfiques sur la pratique de l'ergothérapie au Québec.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

À ce jour, plusieurs études réalisées hors Québec ont mis en lumière certaines lacunes quant à la formation actuelle des ergothérapeutes. Elles ont également identifié des besoins de formation qui, une fois comblés, entraîneraient de meilleures interventions relativement à la réadaptation de la sexualité des patients suivis en ergothérapie. Quelques-unes d'entre elles vont jusqu'à proposer des modèles de formation ou à formuler des recommandations sur la création et l'intégration d'une telle formation. Le segment suivant présente les conclusions de ces études ainsi que les hypothèses, les questions spécifiques et les variables de la présente recherche. Pour commencer, il importe de définir ce que l'on entend par besoin de formation.

2.1 Le besoin de formation

Au sens classique, le besoin de formation se définit par un manque dans le vécu ou le souhaitable, susceptible d'être comblé par la formation (De Ketele, 1989). Il s'agit donc d'un écart entre la situation actuelle ou perçue et la situation idéale ou souhaitée (Vaillancourt, 1993; Munger et Lemay, 1985; Carter, 1997; Labesse et Farley, 2008; Lapointe, 1992). Cependant, la définition du concept s'étant raffinée au fil des ans, on parle aujourd'hui d'un ensemble d'objectifs atteignables par la formation (Faisandier, 2007).

Ce projet de recherche vise à recueillir des données sur la situation actuelle des ergothérapeutes au sujet de leurs connaissances et attitudes sexologiques, si l'on tient compte du fait que la situation idéale soit qu'ils aient les outils nécessaires pour effectuer des interventions *sexoergothérapeutiques* efficaces et répondre aux besoins de leurs clientèles en matière de santé sexuelle. La recherche vise ultimement à

formuler des recommandations pour la conception d'une formation sexologique d'appoint pour les ergothérapeutes, ce qui permettrait de faire le pont entre l'état actuel des choses et la situation idéale envisagée. Ainsi, les objectifs atteignables par un enseignement spécifique sur la sexualité humaine seront mesurés.

Le concept est schématisé de la façon suivante :

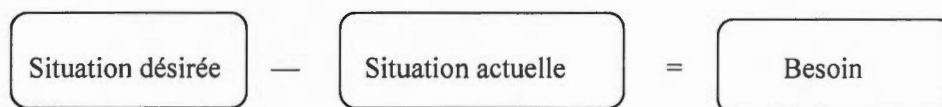


Figure 1.1 La définition classique du besoin

On pourrait appliquer le schéma précédent aux étudiants en ergothérapie selon les critères suivants :

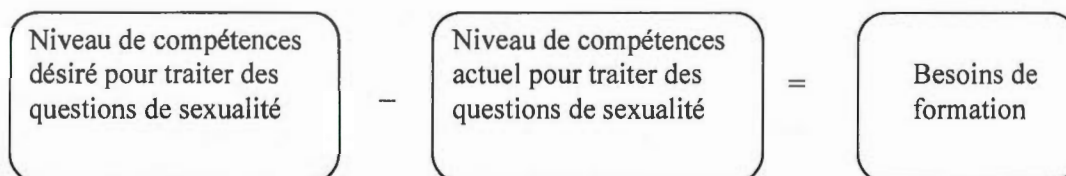


Figure 1.2 La définition classique du besoin appliquée à la situation des ergothérapeutes

Dans cette recherche, le besoin des étudiants en ergothérapie serait d'acquérir des connaissances et des attitudes, ou autres compétences déterminées par l'analyse, qui leur permettraient d'aspirer à la situation idéale, c'est-à-dire de pouvoir traiter des questions de sexualité avec leur clientèle. La notion d'idéal démontre bien la subjectivité du concept. On parle également de conditions non satisfaites et nécessaires (D'Hainaut, 1979).

Par ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent que le besoin peut prendre une connotation à la fois subjective et objective suivant l'interprétation que l'on en fait.

Le besoin peut être objectif lorsqu'il se rapporte à une exigence naturelle ou sociale tandis qu'il est subjectif lorsqu'il renvoie au sentiment qu'une personne ou un groupe de personnes éprouvent face à cette exigence (Lapointe, 1982; Barbier et Lesne, 1977). Dans ce cas-ci, on s'intéresse davantage à la conception subjective du besoin de formation sexologique des étudiants en ergothérapie. Puisque les données prélevées s'orientent autour de la perception des étudiants sondés. En effet, les connaissances sexologiques, le confort personnel à intervenir sur le plan de la réadaptation sexuelle de leur patient et les attitudes quant à la sexualité des clientèles atteintes de handicaps et de limitations de toutes sortes sont autant de dimensions évaluant le point de vue des répondants.

Dans le cadre de cette recherche, une évaluation externe des compétences ou évaluation objective aurait pu s'avérer plus efficace pour évaluer la compétence des étudiants en ergothérapie. En effet, il aurait été possible avec une évaluation objective d'évaluer les compétences plutôt que les compétences perçues par les étudiants sondés. Par contre, une telle évaluation requiert davantage de ressources tant au niveau des effectifs et du matériel que du temps requis pour la réaliser. De plus, il aurait fallu développer du matériel d'évaluation impliquant potentiellement des tests pratiques et procéder à une évaluation de ce matériel. Une telle recherche se serait avérée plus longue et aurait nécessité des ressources supplémentaires. Étant donné la complexité de la tâche associée à une évaluation objective et qu'il s'agisse d'une première quant à l'analyse des besoins de formation sexologique des étudiants en ergothérapie, il était justifié de commencer par une analyse subjective. Cette analyse se veut donc davantage une exploration de la thématique et une prémisse à une éventuelle évaluation objective des compétences sexologiques réelles des étudiants en ergothérapie.

2.2 Les besoins identifiés à ce jour

Certaines des recherches ont identifié que la raison actuelle qui justifie la faible implication des ergothérapeutes en ce qui a trait à la réadaptation de la sexualité chez leurs clientèles s'oriente davantage autour d'un manque de connaissances ou de connaissances jugées inadéquates ou inefficaces (Summerville et McKenna, 1998; Novak, 1988). Il semble que les ergothérapeutes qui affirment ne pas s'attarder à la réadaptation sexuelle de leurs patients expliquent cette situation par des connaissances insuffisantes, un manque d'opportunités pour aborder ces questions et un faible niveau de confort à s'engager dans une telle intervention (Novak, 1988).

D'un autre côté, Parchomiuk (2012) mentionne que le besoin ne réside pas dans le fait de fournir des connaissances suffisantes aux ergothérapeutes pour qu'ils soient en mesure d'intervenir et de conseiller auprès de leurs clientèles. Il s'agit davantage de leur permettre de démystifier la sexualité des personnes avec des handicaps pour favoriser une plus grande ouverture d'esprit et une meilleure compréhension des problématiques de santé sexuelle de leurs clientèles. Ils pourront ainsi agir et réagir plus naturellement aux questionnements et aux informations fournies par le patient (Parchomiuk, 2012). Le besoin principal proviendrait donc d'une incompréhension des problématiques de santé sexuelle des personnes avec des handicaps.

2.3 Les modèles de formation proposés

Quelques études ayant évalué les besoins de formation sexologique des ergothérapeutes ou plus globalement des professionnels en réadaptation ont suggéré des modèles de formation ou des contenus de formation adaptés aux besoins identifiés.

D'abord, certaines des études mentionnent qu'une formation sexologique d'appoint pour les ergothérapeutes devrait avant tout être un espace pour permettre à ces

professionnels de développer une meilleure compréhension de leur propre sexualité. Ensuite, la formation devrait fournir des informations quant aux impacts des handicaps sur le fonctionnement sexuel de l'individu puis présenter les modèles contemporains en évaluation et en intervention sexologique dans le processus de réadaptation (Novak, 1988). Alors, il s'agirait d'une formation en trois temps permettant une meilleure ouverture d'esprit quant à la sexualité, une amélioration des connaissances sur les interactions entre handicap et sexualité ainsi qu'une diffusion des modèles d'intervention *sexoergothérapeutique*. Les quelques recherches s'étant penchées sur le sujet formulent des recommandations qui abondent en ce sens (Parchomiuk, 2012; Novak, 1988).

2.4 Les variables à l'étude

Les variables indépendantes de la recherche sont : l'âge, le sexe, l'université d'affiliation, le niveau scolaire et le fait d'avoir eu ou non une formation sexologique préalable. La figure 1.3 présente un plan détaillé des variables indépendantes de la recherche. Les variables dépendantes sont : les auto-évaluations des niveaux de compétences pour les dimensions évaluées.

Dépendantes

- Les besoins de formation sexologique
 - o Connaissances sexologiques
 - o Pertinence des connaissances
 - o Confort
 - o Attitudes

Indépendantes

- L'âge : variable continue (ordinaire si analysée en termes de tranche d'âge)
- Le sexe : variable nominale à 2 niveaux (homme, femme)
- L'université d'affiliation : variable nominale à 3 niveaux (USherbrooke, UMontréal, ULaval)
- Le niveau scolaire : variable nominale à 5 niveaux (Bac1, Bac2, Bac3, Mas1, Mas2)
- La formation sexologique préalable : nominale à 2 niveaux (oui, non)
 - Le nombre d'heures de la formation préalable : continue
 - L'année de la formation : continue
 - Le contexte de la formation : nominale (collégiale, universitaire en ergothérapie, universitaire autre, professionnelle, extrascolaire...)
 - Le contenu de la formation : nominale (biologie de la sexualité, anatomie, psychologie de la sexualité, introduction...)

Figure 1.3 Les variables

2.5 Les dimensions évaluées

Les dimensions de la variable dépendante qui ont été sélectionnées afin d'analyser les besoins de formation sexologique des étudiants en ergothérapie sont les connaissances sexologiques, la pertinence des connaissances, le confort ainsi que les attitudes à l'égard de la sexualité des clientèles avec des handicaps. Il s'agira donc de prélever des données sur les dimensions citées précédemment.

2.5.1 Les connaissances sexologiques

Par connaissances sexologiques, il s'agit du savoir des étudiants en ergothérapie concernant l'anatomie de la sexualité, les dysfonctions sexuelles, la fertilité, la contraception, l'identité et l'orientation sexuelle ainsi que les ressources offertes en matière de santé sexuelle. Le choix d'analyser les connaissances en matière d'anatomie de la sexualité et des dysfonctions sexuelles s'explique par le fait que les

clientèles ciblées peuvent présenter des limites qui influencent la réponse sexuelle d'un point de vue biomédical et qui entraînent des dysfonctions sexuelles importantes. Ensuite, des connaissances quant aux clientèles allosexuelles permettraient d'offrir des services qui répondent davantage à leurs besoins spécifiques et également d'augmenter le sentiment d'efficacité personnelle dans l'intervention auprès de ces patients, de là les thématiques de l'identité et de l'orientation sexuelle. En outre, les connaissances sur les thématiques de la contraception et de la fertilité orienteraient les conseils, les plans d'intervention ainsi que les références des ergothérapeutes afin de répondre le plus adéquatement possible aux questionnements et aux demandes formulées par les patients. Finalement, la mesure des connaissances quant aux ressources offertes vise à évaluer la capacité à référer à des ressources adéquates dans le cas de problématiques qui dépassent le cadre de l'intervention en ergothérapie.

2.5.2 La pertinence des connaissances

La dimension de la pertinence des connaissances vise à mettre en lumière l'importance accordée à chacune des thématiques par les participants. C'est-à-dire la pertinence pour eux, dans la pratique de l'ergothérapie, d'être adéquatement formés sur chacune des thématiques mentionnées. L'importance accordée à la formation sexologique peut être un facilitateur de l'intervention *sexoergothérapeutique* et un indicateur de l'importance accordée à la sexualité dans le processus de réadaptation comme rôle de l'ergothérapeute. De plus, cette dimension permet d'évaluer l'intérêt des étudiants sondés vis-à-vis de l'aspect sexologique de la réhabilitation et des problématiques de santé sexuelle de leurs clientèles.

2.5.3 Le confort à traiter de la sexualité des personnes avec un handicap

En ce qui a trait au confort des étudiants en ergothérapie à traiter de la sexualité des personnes avec un handicap, il s'agit de l'aisance à intervenir et à aborder les

questions de sexualité qui préoccupent ces clientèles. Ils doivent donc se sentir à l'aise d'intervenir afin de proposer des interventions sexologiques efficaces dans le cadre de leur pratique professionnelle. Plusieurs situations ou problématiques ont été utilisées pour faire ressortir le niveau de confort des étudiants en ergothérapie face à certaines situations susceptibles de survenir dans l'exercice de la profession d'ergothérapeute.

2.5.4 Les attitudes à l'égard de la sexualité des clientèles avec des handicaps

La pertinence d'évaluer les attitudes à l'égard de la sexualité des clientèles avec des handicaps s'explique par le fait qu'une attitude négative face à la sexualité des individus présentant des limites physiques ou intellectuelles peut compromettre l'intervention *sexoergothérapeutique* et son efficacité. D'ailleurs, une attitude négative par rapport aux clientèles LGBT pourrait également interférer avec le processus de réadaptation. Par conséquent, cette dimension évalue également l'attitude des étudiants à l'égard de l'intervention sexologique. Elle vise à déterminer s'ils sont favorables à cette perspective et s'ils considèrent la sexualité comme un incontournable du processus de réadaptation et de la qualité de vie du patient.

2.6 Les questions et les hypothèses de recherche

Les questions spécifiques de recherche sont inspirées de l'étude de Booth et coll. (2003) sur les besoins de formation sur la sexualité humaine des professionnels en réadaptation. En ce qui a trait aux connaissances sexologiques, la question de recherche est la suivante :

- Comment évaluent-ils leurs connaissances sur la sexualité humaine, la sexualité des groupes particuliers et les dysfonctions sexuelles?

Par rapport à cette question, l'hypothèse de travail est que les étudiants en ergothérapie sont limités quant à leurs connaissances en matière de sexualité humaine. Au niveau du confort, la question principale de recherche est la suivante :

- Quel est leur niveau de confort vis-à-vis de l'intervention sexologique auprès de clientèles particulières?

L'hypothèse est que les étudiants en ergothérapie appréhendent un inconfort à traiter des questions de sexualité avec leur clientèle lors de leurs interventions cliniques, principalement en ce qui a trait à la gestion des comportements ou réflexes sexuels inopportuns. En ce qui concerne les attitudes, les questions sont les suivantes :

- Quelles sont les attitudes quant aux problématiques de santé sexuelle des patients en réadaptation par rapport à la population en général?
- Les étudiants en ergothérapie estiment-ils que la sexualité est un élément essentiel de la qualité de vie et du processus de réadaptation, donc un domaine qui relève de l'ergothérapie?

Les hypothèses quant aux attitudes sont que les étudiants en ergothérapie ont une attitude favorable à l'égard de la sexualité des groupes particuliers, des personnes avec un handicap physique ou intellectuel et des aînés, puis que les étudiants en ergothérapie estiment que la sexualité est un domaine d'intérêt dans leur pratique professionnelle et qu'il serait important qu'ils puissent effectuer des interventions *sexoergothérapeutiques* efficaces.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

L'approche méthodologique de cette étude est quantitative. La recherche est basée sur l'emploi d'une méthode par enquête à l'aide d'un questionnaire autoadministré comprenant quatre sections distinctes afin de recueillir des données auprès d'un échantillon d'étudiants en ergothérapie. La section suivante présente les détails de la recherche quant au choix des participants, à la procédure employée, à l'instrument de mesure utilisé, aux analyses effectuées ainsi qu'aux principes éthiques inhérents à la recherche.

3.1 Échantillonnage

La section suivante présente les détails de l'échantillon, soit les caractéristiques des participants, le type d'échantillonnage ainsi que la procédure de recrutement.

3.1.1 Type d'échantillon

L'étude a été effectuée auprès d'un échantillon de convenance dans la mesure où l'échantillon est constitué d'étudiants en ergothérapie présents sur les lieux lors de la collecte de données sans critère d'exclusion quant à leur âge, leur sexe, leur origine ethnique ou leur statut d'étudiant. L'échantillon devait être suffisant pour être représentatif de la population étudiante des ergothérapeutes ($n= 185$) provenant des trois universités sélectionnées.

3.1.2 Participants

Les participants sélectionnés devaient être étudiants dans un programme de formation en ergothérapie de niveau baccalauréat, de maîtrise ou en voie d'obtention d'un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) au moment de la cueillette de

données. Les participants ont été recrutés au sein de trois des universités québécoises qui dispensent la formation en ergothérapie, soit l'Université Laval (n= 44), l'Université de Montréal (n= 95) et l'Université de Sherbrooke (n= 41). La répartition des participants suivant leur cheminement scolaire démontre que moins du tiers des répondants en étaient à leur troisième année de baccalauréat (n= 41) ou d'un continuum baccalauréat-maitrise (n= 45), alors que plus de la moitié amorce des études de premier cycle en ergothérapie (n=95).

Les participants étaient âgés de 19 à 34 ans (*moy.* = 21,39, *é.t.* = 2,37). La majorité des participants étaient de sexe féminin (86,6 % de femmes, 11,7 % d'hommes et 1,7 % non identifiés). Un répondant sur cinq (17,9 %) avait suivi une formation complémentaire sur la sexualité humaine.

3.1.3 Recrutement

Le recrutement des participants a été effectué par l'entremise des directions de programme de formation en ergothérapie et de leurs professeurs. En réponse à des demandes envoyées par courriel aux directions concernées, les professeurs ont accepté d'accorder un temps à l'intérieur de leurs heures de cours pour la recherche et les étudiants ont été avisés de la tenue de la cueillette de données. Ils ont également été avisés d'emblée que leur participation était volontaire. La cueillette de données a eu lieu entre le 1^{er} octobre et le 15 décembre 2011.

3.2 Procédures

La collecte de données a eu lieu dans le cadre des cours de la formation en ergothérapie, dans les locaux mêmes des différentes universités impliquées. Il s'agit d'un questionnaire autoadministré en groupe d'une durée oscillant entre 10 et 20 minutes. Dans chacun des groupes interrogés, les objectifs de la recherche ont été réaffirmés et les participants ont été invités à lire attentivement et à signer le

formulaire de consentement leur garantissant confidentialité et anonymat (voir annexe A). Le projet a par ailleurs reçu l'approbation du sous-comité d'éthique en mai 2011. La procédure de la cueillette de données a été standardisée afin de limiter les biais liés au chercheur ou aux conditions de passation tout en assurant l'homogénéité. Les étudiants étaient libres de quitter avant la passation du questionnaire. Cependant aucun refus n'a été enregistré dans les trois universités participantes.

3.3 Instrument de mesure

L'instrument de mesure conçu et utilisé a été intitulé *l'Échelle de connaissances, de confort et d'attitudes à l'égard de la sexualité* (ECCAS : voir annexe B). L'échelle comprend une section sociodémographique suivie de quatre sections distinctes, pour un total de 55 items. Ces quatre sections portent sur les connaissances sexologiques perçues, la pertinence des connaissances sexologiques en ergothérapie, le confort anticipé à procéder à des interventions sexologiques auprès des patients en ergothérapie et les attitudes à l'égard de la sexualité des personnes avec un handicap et de l'inclusion de la sexualité comme élément de la qualité de vie et du processus de réadaptation.

Cette échelle est inspirée du *Knowledge, Comfort, Approach and Attitudes towards Sexuality Scale* (KCAAS) qui vise à évaluer les besoins de formation des professionnels en réadaptation en ce qui a trait à la réadaptation de la sexualité principalement chez les blessés médullaires (Booth, Kendall, Fronek, Miller et Geraghty, 2003). Les items proposés ont été adaptés au contexte québécois et plus précisément à la discipline de l'ergothérapie. La validation des échelles suite aux modifications apportées a été effectuée par analyse factorielle.

3.3.1 La section sociodémographique

Les premières questions portent sur les données sociodémographiques des participants, dont l'âge, le sexe, le niveau atteint dans leur cursus scolaire en ergothérapie ainsi que leur université d'affiliation. Cette partie comprend également des informations concernant les formations précédentes en matière de sexualité humaine qu'auraient pu suivre les étudiants au cours de leurs études en ergothérapie ou dans d'autres circonstances, soit au niveau collégial, extrascolaire ou dans le cadre d'autres études universitaires. D'autres questions visent à préciser le contenu des formations sexologiques préalables, le nombre d'heures de formation et l'année de formation.

3.3.2 La section *connaissances*

La section portant sur les connaissances sexologiques perçues contient vingt-trois items abordant différentes thématiques, soit l'anatomie et la physiologie de la sexualité, la contraception, les ITSS, la fertilité et la stérilité, les dysfonctions sexuelles, l'orientation et l'identité sexuelle ainsi que les ressources sexologiques disponibles. Une échelle en 4 points est utilisée pour que les répondants autoévaluent leur niveau de connaissances allant de *connaissance approfondie* (1) *de ce sujet* à *aucune connaissance utile du sujet* (4). Chacune des sections comprend plusieurs items qui couvrent des sujets variés pour chacune des grandes thématiques mentionnées précédemment.

3.3.3 La section *pertinence*

La deuxième section du questionnaire reprend les mêmes thèmes que la précédente en six items. Cependant, les étudiants doivent répondre en fonction de l'importance perçue pour un ergothérapeute de maîtriser les domaines mentionnés. Les participants doivent répondre sur une échelle en 4 points allant d'*extrêmement important* (1) à *aucunement important* (4).

3.3.4 La section *confort*

La troisième section porte sur le niveau d'inconfort que les répondants croient qu'ils ressentiraient s'ils devaient faire face à certaines situations pouvant survenir dans le cadre de leur pratique professionnelle comme ergothérapeute. Elle compte quinze items auxquels les participants doivent répondre sur une échelle en 4 points, allant d'*aucun inconfort* (1) à *inconfort élevé* (4). Les mises en situation proposées traitent de plusieurs sujets dont la gestion des comportements ou réflexes sexuels inopportuns, les formes d'expression de la sexualité autre que la génitalité et l'érotisme, les alternatives pour remédier aux contraintes des limites physiques ou intellectuelles dans l'exercice de la sexualité puis la compréhension des troubles d'identité, les remises en question et les atteintes à l'estime de soi qui peuvent survenir suite aux modifications corporelles.

3.3.5 La section *attitudes*

Finalement, la toute dernière section porte sur onze items concernant les attitudes des répondants face à la sexualité des personnes présentant des limites physiques ou intellectuelles ainsi qu'à l'importance accordée à la sexualité dans la qualité de vie des patients et le processus de réadaptation. Cette section inclut 8 énoncés auxquels les étudiants en ergothérapie doivent répondre sur une échelle de Likert allant de *fortement en accord* à *fortement en désaccord*. La section inclut des énoncés sur la sexualité des personnes avec des handicaps physiques et les aînés, la sexualité en CHSLD, la sexualité comme thématique qui relève de l'ergothérapie et sa place dans le processus de réadaptation ainsi que la sexualité comme élément de la qualité de vie. Les énoncés sont formulés de façon à présenter des attitudes négatives à l'égard de ces thématiques.

3.4 Stratégie analytique

La stratégie analytique comporte trois volets. D'abord, une analyse globale des données recueillies a été effectuée, suivie de la validation de l'outil de mesure et finalement, de l'évaluation des besoins de formation. Toutes les étapes ont été réalisées à l'aide du logiciel d'analyses quantitatives SPSS Statistics.

D'abord, un nettoyage de la base de données a été effectué afin d'éliminer toutes données manquantes ou aberrantes. Le nettoyage de la base de données a permis de retirer les questionnaires incomplets et d'identifier certains items dont le nombre de données manquantes est supérieur à l'ensemble du questionnaire. Ensuite, des analyses descriptives ont permis de souligner les caractéristiques sociodémographiques des participants et de circonscrire davantage l'échantillon et de répartir les participants en fonction des différents groupes, principalement en ce qui a trait au sexe, à l'âge et au fait d'avoir eu ou non une formation sexologique préalable à la formation en ergothérapie.

Par la suite, une analyse factorielle a été réalisée afin d'assurer la validité du questionnaire et de regrouper les éléments (besoins) qui constitueront l'échelle d'évaluation afin de réduire un grand nombre d'informations à quelques grandes dimensions, soit les quatre facteurs identifiés. Deux analyses factorielles ont été effectuées, une pour les sections *connaissances* et *pertinence* puis une seconde pour les sections *confort* et *attitudes*. Les étapes réalisées afin de déterminer les solutions factorielles optimales (comptant 2 facteurs pour chacune des analyses factorielles) sont les suivantes : le scree test, la sélection des facteurs dont la valeur propre est supérieure à un et l'interprétabilité des facteurs. D'ailleurs, les items à faible communauté ($< 0,2$) et les items avec une saturation complexe (0,3 ou + sur au moins deux facteurs) étaient éliminés de la solution factorielle par un processus itératif et l'analyse était arrêtée lorsqu'une solution adéquate était trouvée.

Lorsque les dimensions ont été identifiées, l'évaluation des besoins de formation a été effectuée en observant les moyennes, les intervalles de confiance et les distributions des réponses au questionnaire. Des indicateurs ont été créés pour évaluer la moyenne des scores obtenus pour chacun des items d'un facteur. Les moyennes ont été identifiées pour chacun des indicateurs et les intercorrélations entre les indicateurs ont été analysées.

L'interprétation des besoins identifiés a été appuyée par des analyses de comparaison réalisées entre les différents groupes en fonction des caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, université d'affiliation, formation sexologique préalable, etc.) afin de valider s'il existe des différences entre les scores obtenus par les divers groupes. Des tests-*t* ont été effectués pour déterminer si les différences de moyenne observées entre les groupes sont statistiquement significatives.

3.5 Éthique

La déontologie de cette évaluation s'articule autour de trois axes principaux, soit le consentement libre et éclairé, l'anonymat et la confidentialité. Ces principes déontologiques s'appliquent à toutes les personnes ayant accès aux données de la recherche.

Afin d'assurer le consentement libre et éclairé des participants, ceux-ci ont été préalablement avisés des objectifs de la recherche, de ce qui était attendu d'eux à titre de répondants puis de leur liberté de participer et de se retirer à tout moment du processus d'évaluation ainsi que des mesures éthiques prises pour assurer leur anonymat et la confidentialité des données recueillies. Ces informations ont été présentées oralement aux répondants avant la passation des questionnaires et se retrouvent dans le formulaire de consentement prévu à cet effet (voir annexe A). Ils

ont dû signer ledit formulaire de consentement et celui-ci a été gardé de façon à ce qu'il demeure inaccessible.

Pour préserver l'anonymat des participants, les questionnaires ont été identifiés par des codes numériques allant de 1 à 185 sans lien permettant d'identifier le répondant. Les noms et coordonnées des participants n'étaient pas inscrits sur le questionnaire. Seul le formulaire de consentement contient la signature des participants et celui-ci a été gardé sous clé. Dans les banques de données, les participants sont identifiés par le code numérique de leur questionnaire. Il n'y a donc aucune possibilité d'associer les noms des répondants à leurs réponses à partir des banques de données ou des questionnaires.

Il a aussi été décidé que les informations recueillies soient présentées et analysées de façon à ce qu'aucun des répondants ne puisse être identifié. Une fois le rapport déposé, il est prévu de détruire les questionnaires ainsi que les formulaires de consentement dans les trois mois suivants. Suite au dépôt du rapport d'évaluation, aucune allusion ou référence à la participation à cette étude ne sera faite concernant les participants.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Les résultats sont présentés en quatre sections. Suivant les analyses préliminaires, l'analyse factorielle de l'ECCAS et les facteurs qui en découlent sont présentés. Ces analyses sont suivies par les analyses descriptives des facteurs et des items de l'ECCAS visant à déterminer les besoins de formation sexologique des étudiants en ergothérapie sondés puis par des analyses comparatives qui servent à préciser lesdits besoins de formation.

4.1 Analyses préliminaires

Une fois l'analyse des questionnaires terminée, l'échantillon compte 179 participants, car six questionnaires n'ont pas été retenus : un vu l'absence de signature sur le formulaire de consentement, quatre compte tenu du fait qu'un trop grand nombre de réponses étaient manquantes (une section complète et plus), puis un, car aucune donnée sociodémographique n'était inscrite, rendant ainsi impossible le classement des réponses dans un des sous-groupes. Quant aux données manquantes individuelles, elles ont été remplacées par la moyenne compte tenu du fait que le nombre était inférieur à 5% de l'échantillon.

4.2 Analyse factorielle du ECCAS

La vérification de la validité du questionnaire ainsi que la création des échelles ont été effectuées à l'aide d'une analyse factorielle. Étant donné la structure thématique du questionnaire et le nombre limité de participants, les items ont été analysés par l'entremise de deux analyses factorielles indépendantes. La première a été effectuée sur les sections *connaissances et pertinence* puis la deuxième a été effectuée sur les sections *confort et attitudes*.

4.2.1 Analyse factorielle des sections *connaissances* et *pertinence*

Dans l'analyse factorielle des sections *connaissances* et *pertinence des connaissances*, le résultat de la mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) est excellent (0.84) et le résultat du test de sphéricité de Bartlett's est statistiquement significatif ($\chi^2 \text{ approx} = 2527.218, p < 0.001$) suggérant qu'une solution factorielle adéquate pourra être extraite.

Les facteurs ont été identifiés suivant la méthode d'extraction des moindres carrés non pondérés (ULS) avec une méthode de rotation oblique (Oblimin) avec normalisation de Kayser. Des solutions à trois et à quatre facteurs ont été expérimentées. Cependant, la solution finale et optimale compte deux facteurs qui expliquent 35 % de la variance. De cette analyse, aucune variable n'a été exclue et il n'y avait aucune variable dite complexe.

Les deux facteurs identifiés reprennent les éléments de chacune des deux sections, le premier étant celui des connaissances et le second de la pertinence des connaissances. Le facteur des connaissances comprend vingt-trois variables tandis que celui de la pertinence en compte six. Donc dans l'ensemble, l'échelle extraite de l'analyse factorielle reprend la structure d'origine du ECCAS.

Le facteur *connaissances* : il s'agit d'une auto-évaluation globale des connaissances sexologiques des étudiants en ergothérapie. Ce facteur vise à évaluer la dimension subjective du besoin de formation, telle que perçue par les participants. L'indicateur *connaissances* a été créé en calculant la moyenne des items du facteur, plus le score est élevé, plus les connaissances perçues des étudiants en ergothérapie sont faibles.

Le facteur *pertinence* : il s'agit d'une évaluation globale du niveau d'intérêt pour les ergothérapeutes de maîtriser l'ensemble des thèmes abordés, donc s'ils jugent important ou non, dans la pratique de l'ergothérapie de posséder

les connaissances sexologiques présentées. L'indicateur *pertinence* a également été créé en calculant la moyenne des items, plus le score est élevé, moins les répondants jugent important pour un ergothérapeute de posséder des connaissances sexologiques adéquates.

4.2.2 Analyse factorielle des sections *confort* et *attitudes*

D'abord, le résultat de la mesure de précision de l'échantillonnage de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) est excellent (0.81) et le résultat du test de sphéricité de Bartlett's est statistiquement significatif, ($\chi^2 \text{ approx} = 1823.118$, $p < 0.001$) suggérant ainsi qu'une solution factorielle adéquate pourra être extraite.

Les facteurs ont été identifiés suivant la méthode d'extraction des moindres carrés non pondérés (ULS) avec une méthode de rotation oblique (Oblimin). La solution proposée comprenait à l'origine neuf facteurs, ensuite, des solutions à cinq, quatre et trois facteurs ont été expérimentées. Cependant, la solution finale et optimale compte 2 facteurs qui expliquent 32 % de la variance. De cette analyse, deux variables sont ressorties comme étant complexes, car elles sont corrélées avec plus d'un facteur (> 0.30). Soit celle de « l'érection durant un changement de cathéter » et celle de « surprendre un patient qui a des activités sexuelles ». De ce fait, ces deux variables seront analysées indépendamment. De plus, deux variables n'étaient pas corrélées avec l'ensemble des items du questionnaire, celle concernant le fait que les personnes souffrant du handicap intellectuel ne devraient pas pouvoir créer et une seconde sur le fait que les personnes avec un handicap sont sexuellement moins attirantes. Ces deux variables seront analysées indépendamment aussi.

Finalement, les deux facteurs extraits de l'analyse factorielle s'orientent autour des grands thèmes du questionnaire, d'abord, le niveau de confort à intervenir dans des situations qui concernent la sexualité des patients qui compte 15 items et les attitudes à l'égard de la sexualité des personnes avec des limites physiques ou intellectuelles qui comprend 8 items. Les deux facteurs sont les suivants :

Le facteur *confort* : il s'agit d'une auto-évaluation globale du niveau de malaise susceptible d'être ressenti par les étudiants en ergothérapie dans diverses situations liées à la pratique de l'ergothérapie. Le facteur *confort* vise à évaluer s'il serait éventuellement pertinent de travailler sur les capacités d'intervention et si une formation adéquate pourrait permettre d'augmenter le sentiment d'efficacité perçue et diminuer l'inconfort. L'indicateur *confort* a été créé en calculant la moyenne des items concernés, un score élevé représente un niveau élevé d'inconfort.

Le facteur *attitudes* : il s'agit des attitudes des étudiants en ergothérapie en ce qui a trait à la sexualité des diverses clientèles rencontrées en ergothérapie, de la sexualité comme élément de la qualité de vie et du rôle de l'ergothérapeute dans le maintien d'une sexualité satisfaisante. Ce facteur vise à évaluer si les participants ont d'emblée des attitudes favorables à l'égard de ces trois thèmes ou s'il serait pertinent de travailler sur les préjugés et les perceptions. L'indicateur *attitudes* a lui aussi été créé en calculant la moyenne des items concernés, plus le score est élevé, plus les attitudes des participants sont négatives.

En ce qui a trait aux items ayant été exclues lors de l'analyse factorielle, les deux variables complexes, « l'érection durant un changement de cathéter » et « surprendre un patient qui a des activités sexuelles » seront analysées conjointement, car elles couvrent une thématique importante qu'on ne retrouve pas dans les autres facteurs identifiés et sont statistiquement corrélées entre elles (0,57, $p < 0,001$). Il a été décidé de créer artificiellement un cinquième indicateur nommé *l'indicateur de gestion des comportements ou réflexes sexuels inopportuns* à partir de ces deux items. Quant aux deux items à faible communauté, soit le fait que les handicapés sont moins attirants sexuellement et que les personnes souffrant d'un handicap intellectuel ne devraient pas avoir d'enfant, il a été décidé de les conserver et de les analyser individuellement étant donné la pertinence de leur contenu. Le tableau 1.1 présente les cinq indicateurs ainsi que leurs items alors que le tableau 1.2 montre les corrélations entre chacun des indicateurs.

Tableau 1.1
Présentation des cinq indicateurs et leurs items

Indicateurs et items	Valeur propre	Saturation	M (ET)
1. Connaissances ($\alpha = 0,92$)	7,76		2,7 (0,4)
Anatomie des organes génitaux		0,41	2,1 (0,6)
Reproduction		0,56	2,2 (0,7)
ITSS bactériennes		0,59	2,8 (0,5)
ITSS virales		0,49	2,7 (0,5)
Principaux modes de transmission		0,51	2,4 (0,7)
Signes et symptômes courants		0,63	2,8 (0,5)
Méthodes de dépistage		0,57	2,8 (0,6)
Procédures de procréation assistée		0,60	3,0 (0,8)
Adoption		0,57	3,1 (0,7)
Infertilité et stérilité		0,66	3,2 (0,7)
Contraception barrière		0,61	2,5 (0,7)
Contraception hormonale		0,66	2,4 (0,7)
Contraception naturelle		0,64	2,8 (0,7)
Contraception d'urgence		0,53	2,8 (0,6)
Contraception chirurgicale		0,51	2,6 (0,6)
Dysfonctions sexuelles masculines		0,59	2,8 (0,5)
Dysfonctions sexuelles féminines		0,58	2,9 (0,6)
Identité sexuelle		0,56	2,6 (0,8)
Orientations sexuelles		0,60	2,3 (0,7)
Prévention des agressions sexuelles		0,54	2,9 (0,7)
Thérapie sexologique		0,57	3,1 (0,7)
Cliniques de dépistage		0,61	2,9 (0,7)
2. Pertinence ($\alpha = 0,80$)	2,50		2,1 (0,6)
Anatomie et physiologie de la sexualité		0,48	2,1 (0,7)
ITSS		0,70	2,2 (0,8)
Fertilité		0,64	2,5 (0,8)
Méthodes de contraception		0,78	2,3 (0,9)
Identité sexuelle et orientation sexuelle		0,49	2,0 (0,8)
Ressources disponibles (bien-être et santé sexuelle)		0,53	1,5 (0,7)
3. Confort ($\alpha = 0,90$)	6,01		2,3 (0,6)
Un patient vous pose des questions sur la réponse sexuelle et les handicaps physiques		0,62	2,2 (0,8)
Un patient lourdement handicapé vous demande s'il pourra éventuellement avoir des enfants		0,65	2,3 (1,0)
Un patient vous demande si sa sexualité ressemblera à celle qu'elle était avant son handicap		0,72	2,3 (0,8)
Un patient essaye de vous séduire ou vous regarde de façon insistante au moment où vous lui prodiguez des soins		0,38	3,0 (0,8)
Un patient lourdement handicapé vous demande s'il pourra			

un jour avoir des relations sexuelles à nouveau	0,77	2,3 (0,8)	
Indicateurs et items	Valeur propre	Saturation	M (ET)
Un patient vous demande comment il peut satisfaire son\sa partenaire s'il est incapable de bouger ou toucher	0,72		2,6 (0,9)
Un patient vous demande comment il pourra se réaliser dans sa sexualité s'il ne ressent plus rien au niveau génital	0,74		2,5 (0,9)
Un patient vous demande quelles positions sexuelles il peut effectuer avec son\sa partenaire suite à son accident	0,58		2,4 (1,0)
Un patient vous demande ce qu'il fera de son cathéter durant la relation sexuelle	0,63		2,3 (0,9)
Vous trouvez un patient en larme qui affirme ne plus être un vrai homme depuis son accident	0,66		2,1 (0,8)
Un patient affirme qu'il ne connaît personne qui serait intéressé par quelqu'un en fauteuil roulant	0,67		2,1 (0,8)
Un patient vous demande si vous croyez qu'il pourra rencontrer quelqu'un	0,63		2,0 (0,9)
Un patient vous demande si son\sa partenaire éprouvera toujours du désir pour lui\elle malgré son handicap	0,71		2,3 (0,9)
4. Attitudes ($\alpha = 0,70$)	2,31		3,1 (0,3)
Les individus blessés médullaires sont ne peuvent pratiquement pas être actifs sexuellement	0,37		3,1 (0,6)
Les personnes avec un handicap ne devraient pas trop espérer avoir d'enfants	0,38		3,5 (0,5)
La sexualité devrait être plus restrictive en centre de réadaptation ou en CHSLD	0,39		3,2 (0,6)
En général, les individus handicapés physiquement ont très peu de sexualité	0,36		3,2 (0,6)
Les personnes âgées ont généralement peu de vie sexuelle et moins de désir. C'est donc rarement un sujet qui les intéresse	0,63		3,4 (0,6)
La sexualité des patients n'est pas une thématique qui relève des ergothérapeutes	0,56		3,2 (0,7)
Le processus de réadaptation concerne peu la sexualité	0,50		3,1 (0,7)
La sexualité n'est pas un élément essentiel de la qualité de vie des patients en réadaptation	0,59		3,6 (0,5)
5. Gestion des comportements inopportuns($\alpha = 0,72$)			3,3 (0,8)
Au moment où vous changez le cathéter, un patient à une érection			3,1 (0,9)
Vous entrez dans une chambre et vous surprenez un patient en train d'avoir des activités sexuelles seul ou à deux			3,5 (0,8)

Tableau 1.2
Corrélations entre les indicateurs

	Indicateur connaissances	Indicateur pertinence	Indicateur confort	Indicateur attitudes	Indicateur gestion
Indicateur connaissances	1	,126	,327**	,185*	,231**
Indicateur pertinence	,126	1	,016	-,205**	,045
Indicateur confort	,327**	,016	1	,053	,420**
Indicateur attitudes	,185*	-,205**	,053	1	-,214**
Indicateur gestion	,231**	,045	,420**	-,214**	1

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

On observe que l'indicateur de *confort* est significativement corrélé avec l'indicateur de *connaissances* et l'indicateur de *gestion des comportements inopportuns*. En outre, les indicateurs d'*attitudes* et de *pertinence* sont également corrélés. Il semble donc que de meilleures connaissances sur la sexualité humaine soient corrélées avec un plus faible niveau d'inconfort à traiter des questions de sexualité avec les clientèles avec des limites physiques ou intellectuelles et il en va de même pour la gestion des comportements ou réflexes sexuels inopportuns pouvant survenir. On comprend que de meilleures connaissances peuvent avoir un effet positif sur le niveau d'inconfort à traiter des questions de sexualité avec la clientèle et peuvent augmenter le confort dans la gestion des comportements ou réflexes sexuels inopportuns. De plus, des attitudes positives sur la sexualité des personnes avec un handicap et de l'inclusion de la sexualité dans le processus de réadaptation pourraient être associées sur la pertinence perçue quant aux connaissances sexologiques pour les ergothérapeutes.

4.3 Analyses descriptives

Les analyses descriptives visent à situer l'échantillon et à déterminer les scores moyens pour chacun des indicateurs, soit le score pour les connaissances, celui pour la pertinence, celui pour le confort puis celui pour les attitudes. De plus, le score pour l'indicateur *gestion des comportements inopportuns* sera également présenté ainsi que celui pour les items analysés individuellement. Ensuite, pour chaque groupe d'items associé à un facteur, l'analyse des scores moyens des items mènera à l'identification des besoins prédominants et des thématiques où l'on observe un besoin de formation plus important.

4.3.1 Analyse des indicateurs

La section suivante indique les scores obtenus pour chacun des indicateurs et les deux items analysés séparément.

Tableau 1.3
Score moyen pour chacun des indicateurs du ECCAS

	Score Moy. (É. t.) [IC 95 %]
Indicateur connaissances	2,7 (0,4) [2,7-2,8]
Indicateur pertinence	2,1 (0,6) [2,0-2,2]
Indicateur confort	2,3 (0,6) [2,3-2,4]
Indicateur attitudes	3,1 (0,3) [3-3,1]
Indicateur gestion des comportements	3,3 (0,8) [3,2-3,4]
Item : les personnes avec un handicap intellectuel ne devraient pas procréer	3,1 (0,7) [3-3,2]
Item : les personnes avec un handicap sont sexuellement moins attirantes	2,5 (0,7) [2,4-2,6]

IC95% = intervalle de confiance à 95 %

On remarque que pour l'ensemble des items du facteur *connaissances* la moyenne des répondants se situe plus près du 3, soit des connaissances insuffisantes pour procéder à une intervention. En ce qui a trait au facteur *pertinence*, la moyenne obtenue démontre que les étudiants sondés estiment globalement que les connaissances sexologiques telles que l'anatomie et la physiologie de la sexualité, les ITSS, la fertilité, la contraception, l'identité et l'orientation sexuelle ainsi que les ressources disponibles en matière de bien-être et de santé sexuelle sont assez importantes pour les ergothérapeutes (2). Ensuite, l'analyse du facteur *confort* montre que les participants se disent en moyenne susceptibles de ressentir un faible inconfort (2) face aux situations mentionnées. Le facteur *attitude* quant à lui démontre que les participants sont globalement en désaccord avec les énoncés proposés (3), donc qu'ils ont globalement des attitudes favorables vis-à-vis de la sexualité des personnes avec des handicaps et face à l'inclusion de la sexualité comme élément du processus de réadaptation et de la tâche des ergothérapeutes.

Contrairement aux autres situations susceptibles d'amener un sentiment d'inconfort, la gestion des comportements sexuels inopportuns semble être plus inconfortable pour les participants (3,3 vs 2,3). Les étudiants ont en moyenne affirmé pouvoir ressentir un inconfort moyen dans une situation où ils auraient à gérer les comportements ou réflexes sexuels inopportuns d'un patient. L'écart entre les résultats moyens obtenus pour les deux indicateurs (confort et gestion des comportements) est statistiquement significatif ($t=16,82$, $p<0,001$).

Finalement, les répondants sont généralement en désaccord avec le fait que les personnes avec un handicap intellectuel ne devraient pas avoir d'enfant et que les personnes handicapées sont moins attirantes sexuellement (3). Donc, les deux items à faible communauté ont obtenu des résultats qui font état d'attitudes positives à l'égard de la sexualité des clientèles susceptibles d'être rencontrées en ergothérapie.

4.3.2 Analyse des items de l'indicateur *connaissances*

Cette section présente les résultats obtenus pour chacun des items de la section connaissances afin d'identifier lesquels constituent un besoin de formation chez les étudiants en ergothérapie. Les items ont été classés suivant leur ordre d'apparition dans l'ECCAS. Le tableau 1.4 montre la répartition des résultats suivant les différents niveaux de réponse pour chacun des items de l'indicateur *connaissances*.

Tableau 1.4

Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur
connaissances

	Score Moy. (É. t.) [IC 95 %]	1 Connaissance approfondie	2 Connaissance suffisante	3 Connaissance insuffisante	4 Aucune connaissance
Anatomie des organes génitaux	2,1 (0,6) [2,0-2,2]	14,5 %	58,6 %	26,8 %	0 %
Reproduction	2,2 (0,7) [2,1-2,3]	16,8 %	48 %	34,1 %	0 %
ITSS bactériennes	2,8 (0,5) [2,7-2,9]	1,7 %	17,9 %	77,7 %	2,8 %
ITSS virales	2,7 (0,5) [2,6-2,8]	2,8 %	26,8 %	69,8 %	0,6 %
Mode de transmission	2,4 (0,7) [2,3-2,5]	9,5 %	39,1 %	49,2 %	2,2 %
Signes et symptômes	2,8 (0,5) [2,8-2,9]	1,7 %	18,4 %	73,7 %	6,1 %
Méthodes de dépistage	2,8 (0,8) [2,7-2,9]	2,8 %	24,6 %	62,6 %	10,1 %
Procréation assistée	3,0 (0,8) [2,9-3,2]	5,6 %	11,7 %	55,9 %	26,8 %
Adoption	3,2 (0,7) [3,1-3,3]	2,2 %	10,1 %	52,5 %	35,2 %
Infertilité et stérilité	3,2 (0,7) [3,1-3,3]	2,2 %	10,1 %	54,2 %	33,5 %
Contraception barrière	2,5 (0,7) [2,4-2,6]	7,8 %	40,8 %	48,6 %	2,8 %
Contraception hormonale	2,4 (0,7) [2,3-2,5]	10,1 %	41,3 %	46,9 %	1,7 %
Contraception naturelle	2,8 (0,6) [2,7-2,9]	5,6 %	22,9 %	58,7 %	12,8 %
Contraception d'urgence	2,8 (0,6) [2,7-2,9]	2,2 %	25,7 %	61,5 %	10,6 %
Contraception chirurgicale	2,6 (0,5) [2,5-2,7]	5,0 %	29,6 %	62,0 %	3,4 %
Dysfonctions sexuelles masculines	2,8 (0,5) [2,7-2,9]	1,7 %	20,7 %	72,1 %	5,6 %
Dysfonctions sexuelles féminines	2,9 (0,6) [2,9-2,9]	1,7 %	16,2 %	69,3 %	12,8 %
Identité sexuelle	2,6 (0,8) [2,5-2,7]	8,9 %	30,2 %	50,3 %	10,6 %
Orientations sexuelles	2,3 (0,7) [2,2-2,5]	14,5 %	39,7 %	43,6 %	2,2 %
Ressources prévention AS	2,9 (0,7) [2,3-3,0]	2,2 %	20,1 %	59,8 %	17,9 %
Ressources thérapie sexologique	3,1 (0,7) [3,0-3,2]	2,2 %	10,6 %	58,1 %	29,1 %
Ressources dépistage et suivi ITSS	2,9 (0,7) [2,8-3,0]	2,8 %	20,1 %	60,3 %	16,8 %
Ressources procréation, avortement, etc.	3,1 (0,7) [3-3,2]	1,1 %	14,0 %	57,5 %	27,4 %

On remarque à travers les résultats moyens obtenus pour chacun des items que les domaines dans lesquels les étudiants estiment avoir des connaissances insuffisantes pour procéder à une intervention sont : les ressources disponibles en matière de prévention des agressions sexuelles, de thérapie sexologique, de dépistage et de suivi des ITSS et de procréation assistée, d'avortement et d'obstétrique (3). Ensuite, il semble que les connaissances des étudiants en ergothérapie soient limitées en ce qui a trait aux dysfonctions sexuelles féminines et masculines, aux procédures de fertilité et de procréation assistée tout comme d'adoption (3). Les données montrent que les étudiants interrogés sont pour la plupart confiants quant à leurs connaissances au sujet de l'anatomie des organes reproducteurs, de l'anatomie et de la physiologie de la sexualité (cycle menstruel, hormones, etc.) et de l'orientation sexuelle (2). Dans l'ensemble, les étudiants en ergothérapie s'évaluent comme n'ayant pas de connaissances suffisantes pour procéder à des interventions efficaces et pertinentes dans la majorité des domaines mentionnés.

Le tableau de la page suivante (tableau 1.5) montre le pourcentage cumulé de participants ayant répondu qu'ils avaient des connaissances insuffisantes ou aucune connaissance des domaines mentionnés, tous deux étant considérés comme des indicateurs de besoin de formation. Les thématiques sont classées en ordre décroissant allant des besoins les plus importants, dont la fréquence d'apparition est la plus élevée dans l'échantillon, aux moins importants, dont la fréquence d'apparition est moins élevée.

Tableau 1.5

Fréquence d'apparition de besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur
connaissances

	Besoin de formation
Adoption	87,7 %
Infertilité et stérilité	87,7 %
Ressources thérapie sexologique	87,2 %
Ressources procréation, avortement, obstétrique	84,9 %
Procréation assistée	82,7 %
Dysfonctions sexuelles féminines	82,1 %
ITSS bactériennes	80,5 %
Signes et symptômes	79,8 %
Dysfonctions sexuelles masculines	77,7 %
Ressources prévention AS	77,7 %
Ressources dépistage et suivi ITSS	77,1 %
Méthodes de dépistage	72,7 %
Contraception d'urgence	72,1 %
Contraception naturelle	71,5 %
ITSS virales	70,4 %
Contraception chirurgicale	65,4 %
Identité sexuelle	60,9 %
Mode de transmission	51,4 %
Contraception barrière	51,4 %
Contraception hormonale	48,6 %
Orientations sexuelles	45,8 %
Reproduction	34,1 %
Anatomie des organes génitaux	26,8 %

On remarque dans les données précédentes que les étudiants en ergothérapie estiment en grande majorité avoir des connaissances insuffisantes en ce qui concerne les possibilités pour les patients désireux de procréer malgré les handicaps et les limites (adoption, infertilité et stérilité ainsi que la procréation assistée et les ressources disponibles dans le domaine). Les ressources sexologiques tant en matière de thérapie et de dépistage que de prévention des agressions sexuelles semblent méconnues par une importante proportion des participants. Les données démontrent que seulement quelques thématiques sont suffisamment maîtrisées par plus de la moitié des participants afin que ceux-ci puissent effectuer des interventions sur le sujet, soit l'anatomie des organes génitaux (73,2 %, [26,8 % de besoin]), la reproduction (65,9 %, [34,1 % de besoin]), les diverses orientations sexuelles (54,2 %, [45,8 % de besoin]) ainsi que les méthodes de contraception hormonale (51,4 %). Les autres

types de contraception (barrière [51,4 %], chirurgicale [65,4 %], naturelle [71,5 %], d'urgence [72,1 %]) comme les ITSS (virales [70,4 %], bactériennes [80,5 %]) et les dysfonctions sexuelles (masculines [77,7 %], féminines [82,1 %]) font partie des besoins de formation identifiés par plus de la moitié de l'échantillon.

4.3.3 Analyse des items de l'indicateur *pertinence*

La section suivante présente les scores obtenus pour chacun des items de l'indicateur *pertinence* afin d'identifier les thématiques les plus pertinentes pour les ergothérapeutes.

Tableau 1.6

Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur *pertinence*

	Score Moy. (É. t.) [IC 95 %]	1 Extrêmement important	2 Assez important	3 Un peu important	4 Aucunement important
Anatomie et physiologie de la sexualité	2,1 (0,7) [2,0-2,2]	21,8 %	51,4 %	25,7 %	1,1 %
ITSS	2,2 (0,8) [2,0-2,3]	24,6 %	41,3 %	29,1 %	5,0 %
Fertilité	2,5 (0,8) [2,3-2,6]	14,0 %	35,2 %	43,0 %	7,8 %
Contraception	2,3 (0,9) [2,2-2,4]	20,1 %	38,5 %	32,4 %	8,9 %
Identité et orientation sexuelle	2,0 (0,8) [1,8-2,1]	31,3 %	46,4 %	17,9 %	4,5 %
Ressources disponibles	1,5 (0,7) [1,5-2,2]	53,6 %	39,7 %	5,6 %	1,1 %

Outre le fait que les participants aient globalement évalué la pertinence de posséder des connaissances sexologiques comme assez importante, l'analyse individuelle des items de ce facteur montre qu'une connaissance des ressources disponibles est la plus importante pour les étudiants sondés. On remarque que les connaissances sur la fertilité semblent moins pertinentes selon les répondants alors que celles concernant

l'identité et l'orientation sexuelle ainsi que l'anatomie et la physiologie de la sexualité ressortent comme étant plus importantes pour un ergothérapeute.

Le tableau suivant montre le pourcentage cumulé de participants ayant répondu que des connaissances sur la thématique sont assez ou extrêmement importantes pour les ergothérapeutes dans le cadre de leur pratique professionnelle. Les thématiques sont classées en ordre décroissant allant des plus importantes, dont la fréquence d'apparition est la plus élevée dans l'échantillon, aux moins importantes, dont la fréquence d'apparition est moins élevée.

Tableau 1.7

Importance accordée à chacun des items de l'indicateur *pertinence*

	Importance
Ressources disponibles	93,3 %
Identité et orientation sexuelle	77,7 %
Anatomie et physiologie de la sexualité	73,2 %
ITSS	65,9 %
Contraception	59,5 %
Fertilité	49,2 %

Les résultats démontrent que le fait de connaître les ressources disponibles en santé et bien-être sexuels semble occuper une place importante pour les étudiants en ergothérapie et demeure la thématique dont la pertinence perçue est la plus élevée. Cependant, les données montrent qu'il s'agit d'une thématique sur laquelle ils ont un faible niveau de connaissances. Les participants accordent une moins grande importance aux connaissances en matière de fertilité, thématique sur laquelle ils ont aussi un faible niveau de connaissances.

Cependant, on remarque précédemment que les connaissances en matière de fertilité sont limitées chez les étudiants en ergothérapie qui jugent avoir une connaissance insuffisante du sujet pour procéder à une intervention. D'autre part, on observe que les connaissances sur le plan des ressources disponibles ont été évaluées comme étant

les plus limitées chez les étudiants sondés, pourtant, ceux-ci estiment qu'il est assez important pour un ergothérapeute de maîtriser ce domaine.

4.3.4 Analyse des items de l'indicateur *confort*

Cette section présente les résultats obtenus dans l'analyse individuelle de chacun des items du facteur *confort*. L'analyse des résultats permet de faire ressortir les situations ou les thématiques avec lesquelles les étudiants en ergothérapie seraient susceptibles de ressentir un inconfort moyen à élevé, considéré comme représentant un niveau d'inconfort signalant un besoin de formation.

Tableau 1.8

Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur *confort*

	Score Moy. (É. t.) [IC 95 %]	1 Aucun inconfort	2 Faible inconfort	3 Inconfort moyen	4 Inconfort élevé
Un patient vous questionne sur la sexualité et les handicaps physiques	2,2 (0,8) [2,1-2,3]	21,8 %	44,1 %	29,1 %	5,0 %
Un patient vous demande s'il pourra avoir des enfants malgré son lourd handicap	2,3 (1,0) [2,2-2,5]	23,5 %	34,6 %	26,8 %	15,1 %
Un patient vous demande si sa sexualité sera comme celle d'avant	2,3 (0,8) [2,2-2,4]	17,9 %	40,2 %	36,3 %	5,6 %
Un patient tente de vous séduire lorsque vous lui prodiguez des soins	3,0 (0,8) [2,9-3,1]	2,8 %	24,0 %	41,9 %	31,3 %
Un patient vous demande s'il pourra avoir des RS malgré son lourd handicap	2,3 (0,8) [2,2-2,4]	16,2 %	46,9 %	30,2 %	6,7 %
Un patient vous demande s'il pourra satisfaire sa partenaire sans toucher ni bouger	2,6 (0,9) [2,5-2,7]	12,3 %	30,7 %	40,8 %	16,2 %
Un patient se demande comment se réaliser dans les RS s'il ne ressent rien au niveau génital	2,5 (0,9) [2,4-2,7]	12,8 %	35,2 %	38,0 %	14,0 %
Un patient vous questionne sur les positions sexuelles possibles suite à son accident	2,4 (1,0) [2,3-2,6]	18,4 %	35,2 %	30,2 %	16,2 %
Un patient vous demande ce qu'il fera de son cathéter durant la RS	2,3 (0,9) [2,1-2,4]	20,1 %	43,0 %	25,7 %	11,2 %
Vous trouvez un patient en larme qui dit ne plus être un vrai homme depuis l'accident	2,1 (0,8) [2,0-2,3]	21,8 %	46,9 %	25,7 %	5,0 %

Un patient dit qu'il ne connaît personne qui serait attiré par quelqu'un en fauteuil roulant	2,1 (0,8) [2,0-2,2]	25,1 %	46,1 %	23,5 %	5,0 %
Un patient vous demande si vous croyez qu'il rencontrera un/une partenaire	2,0 (0,9) [1,9-2,1]	34,1 %	39,7 %	20,7 %	5,6 %
Un patient vous demande si sa partenaire éprouvera du désir malgré le handicap	2,3 (0,9) [2,1-2,4]	20,1 %	41,3 %	31,8 %	6,7 %

Globalement, les étudiants en ergothérapie sont à l'aise d'intervenir auprès de leurs clientèles dans diverses situations qui concernent la sexualité avec un score moyen se situant près du *faible inconfort* pour l'indicateur *confort*. Cependant, on remarque dans l'analyse individuelle des items, que les répondants semblent plus susceptibles de ressentir un inconfort dans des situations où il y aurait tentative de séduction de la part d'un patient (3) ou face aux questionnements concernant la possibilité de se réaliser pleinement dans sa sexualité malgré le fait de ne pas pouvoir bouger ou toucher ou d'avoir subi une perte de toutes sensations au niveau génital (3).

Le tableau suivant présente le pourcentage cumulé des réponses 3 (inconfort moyen) et 4 (inconfort élevé) pour chacun des items, tous deux signifiant la présence d'un besoin. Les items sont classés en ordre décroissant, débutant par le besoin dont la fréquence d'apparition est la plus élevée.

Tableau 1.9

Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur *confort*

	Besoin de formation
Un patient tente de vous séduire lorsque vous lui prodiguez des soins	73,2 %
Un patient vous demande s'il pourra satisfaire sa partenaire sans toucher ni bouger	57,0 %
Un patient vous questionne sur les positions sexuelles possibles suite à son accident	46,4 %
Un patient se demande comme se réaliser dans les RS s'il ne ressent rien au niveau génital	42,0 %
Un patient vous demande s'il pourra avoir des enfants malgré son lourd handicap	41,9 %
Un patient vous demande si sa sexualité sera comme celle d'avant	41,9 %
Un patient vous demande si sa partenaire éprouvera du désir malgré le handicap	38,5 %
Un patient vous demande s'il pourra avoir des RS malgré son lourd handicap	36,9 %
Un patient vous demande ce qu'il fera de son cathéter durant la RS	36,9 %
Un patient vous questionne sur la réponse sexuelle et les handicaps physiques	34,1 %
Vous trouvez un patient en larme qui dit ne plus être un vrai homme depuis l'accident	30,7 %
Un patient dit qu'il ne connaît personne qui serait attiré par quelqu'un en fauteuil roulant	29,0 %
Un patient vous demande si vous croyez qu'il rencontrera un/une partenaire	26,3 %

Bien que dans l'ensemble, les répondants semblent majoritairement à l'aise d'intervenir dans les situations proposées, certaines suscitent un inconfort marqué (moyen à élevé) chez près ou plus de la moitié d'entre eux. Par exemple, une importante majorité affirme ressentir un inconfort vis-à-vis d'un patient qui tenterait de les séduire alors qu'ils lui prodiguent les soins nécessaires. De plus, la gestion de la sexualité postaccident semble être une thématique qui pourrait être à l'origine d'un inconfort plus élevé que d'autres si l'on regarde les résultats obtenus face aux situations où le patient se questionne sur les positions sexuelles à adopter (46,4 %), la possibilité de satisfaire son/sa partenaire sans toucher ni bouger (57,0 %) ainsi que le fait de se réaliser dans sa sexualité si l'on ne ressent rien au niveau génital (42,0 %).

4.3.5 Analyse des items de l'indicateur *attitudes*

L'analyse des items de l'indicateur *attitudes* vise à identifier les thématiques face auxquelles les étudiants en ergothérapie ont une attitude défavorable.

Tableau 2.0

Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur *attitudes*

	Score Moy. (É. t.) [IC 95 %]	1 Fortement en accord	2 En accord	3 En désaccord	4 Fortement en désaccord
Les blessés médullaires ne peuvent pratiquement pas être actifs sexuellement	3,1 (0,6) [3,0-3,1]	0,6 %	13,4 %	64,2 %	1,7 %
Les personnes handicapées ne devraient pas trop espérer procréer	3,5 (0,5) [3,4-3,6]	0 %	1,1 %	46,4 %	51,4 %
La sexualité devrait être plus restrictive en CHSLD	3,2 (0,6) [3,1-3,3]	0,6 %	11,2 %	52,5 %	35,8 %
Les individus handicapés physiquement ont très peu de sexualité	3,2 (0,6) [3,1-3,3]	0,6 %	9,5 %	63,1 %	26,3 %
Les aînés ont peu de sexualité et moins de désir. Ce n'est pas un sujet qui les touche	3,4 (0,6) [3,3-3,5]	0 %	8,9 %	46,4 %	44,7 %
La sexualité des patients n'est pas une thématique qui relève des ergothérapeutes	3,2 (0,7) [3,1-3,3]	2,2 %	10,1 %	55,9 %	31,8 %

Le processus de réadaptation des patients concerne peu la sexualité	3,1 (0,7) [3,0-3,2]	3,4 %	14,5 %	55,3 %	26,8 %
La sexualité n'est pas un élément essentiel de la qualité de vie des patients en réadaptation	3,6 (0,5) [3,5-3,7]	0 %	1,7 %	39,1 %	59,2 %

Dans son ensemble, le facteur attitudes a démontré que les étudiants ont des attitudes favorables face à la sexualité des personnes avec un handicap et des aînés, à la sexualité comme élément de la qualité de vie et à leur rôle comme professionnel en réadaptation dans le maintien d'une sexualité satisfaisante chez leur clientèle. Ils sont généralement en désaccord avec les énoncés présentés qui font état d'attitudes défavorables à l'égard des thématiques mentionnées précédemment. Dans l'analyse individuelle des items du facteur *attitudes*, on remarque qu'en moyenne, les étudiants sondés sont majoritairement en désaccord avec tous les éléments négatifs présentés.

Le tableau suivant montre le pourcentage cumulé des réponses 2 (en accord) et 1 (fortement en accord) pour chacun des items, tous deux signifiant des attitudes défavorables à l'égard de la sexualité des personnes avec un handicap et à l'inclusion de la sexualité dans le processus de réadaptation, donc la présence d'un besoin. Les items sont classés en ordre décroissant, débutant par le besoin dont la fréquence d'apparition est la plus élevée.

Tableau 2.1

Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur *attitudes*

	Besoin de formation
Les blessés médullaires ne peuvent pratiquement pas être actifs sexuellement	19,4 %
Le processus de réadaptation des patients concerne peu la sexualité	17,9 %
La sexualité devrait être plus restrictive en CHSLD	17,2 %
Les individus handicapés physiquement ont très peu de sexualité	15,5 %
La sexualité des patients n'est pas une thématique qui relève des ergothérapeutes	12,3 %
Les aînés ont peu de sexualité et moins de désir. Ce n'est pas un sujet qui les touche	8,9 %
La sexualité n'est pas un élément essentiel de la qualité de vie des patients en réadaptation	1,7 %
Les personnes handicapées ne devraient pas trop espérer procréer	1,1 %

Les données montrent que globalement, les participants ont des attitudes favorables à l'égard de la sexualité des personnes avec des limites ou handicaps physiques. Cependant, certaines thématiques semblent obtenir un accueil moins favorable alors que près d'un étudiant sondé sur cinq estime que les blessés médullaires ne peuvent pratiquement pas être actifs sexuellement (19,4 %) et que les individus avec un handicap physique ont très peu de sexualité (15,5 %), que le processus de réadaptation concerne peu la sexualité (17,9 %) et que la sexualité devrait être plus restrictive en CHSLD (17,2 %). D'autre part, une importante majorité de répondants estiment que la sexualité est un élément essentiel de la qualité de vie des patients en réadaptation (98,3 %) tandis que moins nombreux sont ceux qui croient que cette thématique relève des ergothérapeutes (87,7 %).

4.3.6 Analyse des items de l'indicateur *gestion des comportements*

Le tableau suivant présente les résultats obtenus suite à l'analyse des deux items de l'indicateur *gestion des comportements*.

Tableau 2.2

Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items de l'indicateur *gestion des comportements*

	Score Moy. (É. t.) [IC 95 %]	1 Aucun inconfort	2 Faible inconfort	3 Inconfort moyen	4 Inconfort élevé
Au moment où vous changez le cathéter, un patient a une érection	3,1 (0,9) [3,0-3,2]	6,7 %	19,0 %	33,5 %	40,8 %
Vous entrez dans une chambre et surprenez un patient qui a des activités sexuelles	3,5 (0,8) [3,4-3,6]	3,4 %	8,9 %	25,1 %	62,6 %

Contrairement au facteur *confort* dans lequel les étudiants semblent à l'aise d'intervenir dans la majorité des situations proposées, les résultats des items de l'indicateur *gestion des comportements* démontrent que les participants ressentiraient un inconfort moyen à élevé à intervenir dans les situations mentionnées. Ils sont donc

moins confortables vis-à-vis de la gestion des comportements sexuels. Le fait de surprendre un patient ayant des activités sexuelles seuls ou avec un/une partenaire semble susciter un sentiment d'inconfort plus élevé chez les étudiants sondés que d'être confrontés à un patient qui a une érection durant le changement de cathéter.

Le tableau 2.3 montre le pourcentage cumulé des réponses 3 (inconfort moyen) et 4 (inconfort élevé) pour chacun des items, tous deux signifiant un inconfort appréhendé face aux situations mentionnées, donc la présence d'un besoin. Les items sont classés en ordre décroissant, débutant par le besoin dont la fréquence d'apparition est la plus élevée.

Tableau 2.3

Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items de l'indicateur
gestion des comportements

	Besoin de formation
Vous entrez dans une chambre et surprenez un patient qui a des activités sexuelles	87,7 %
Au moment où vous changez le cathéter, un patient a une érection	74,3 %

Les résultats montrent que les participants appréhendent un plus haut niveau d'inconfort devant une situation où ils surprendraient un patient ayant des activités sexuelles seul ou avec un/une partenaire (87,7 %). Comparativement au fait d'être face à un patient qui a une érection durant un changement de cathéter, situation pour laquelle près de trois participants sur quatre appréhendent un inconfort (74,3 %).

4.3.7 Analyse des items à faible communauté

Le tableau suivant présente les résultats obtenus à la suite de l'analyse des deux items à faible communauté, soit « les handicapés sont moins attirants sexuellement » et « les personnes souffrant d'un handicap intellectuel ne devraient pas avoir d'enfant ».

Tableau 2.4

Score moyen obtenu et répartition des réponses pour chacun des items à faible communauté

	Score Moy. (É. t.) [IC 95 %]	1 Fortement en accord	2 En accord	3 En désaccord	4 Fortement en désaccord
Item : les personnes avec un handicap intellectuel ne devraient pas procréer	3,1 (0,7) [3-3,2]	2,2 %	15,1 %	51,4 %	30,2 %
Item : les personnes avec un handicap sont sexuellement moins attirantes	2,5 (0,7) [2,4-2,6]	3,4 %	54,7 %	35,2 %	6,7 %

On observe qu'une importante proportion de l'échantillon est en désaccord avec l'item « les personnes souffrant d'un handicap intellectuel ne devraient pas avoir d'enfant ». Cependant, la proportion semble plus faible dans le cas de l'item « les handicapés sont moins attirants sexuellement » ou plus de la moitié des étudiants sondés se dit en accord avec le propos.

Le tableau suivant montre le pourcentage cumulé des réponses 2 (en accord) et 1 (fortement en accord) pour chacun des items, tous deux signifiant des attitudes défavorables à l'égard de la sexualité des personnes avec un handicap, donc la présence d'un besoin. Les items sont classés en ordre décroissant, débutant par le besoin dont la fréquence d'apparition est la plus élevée.

Tableau 2.5

Fréquence d'apparition des besoins de formation pour chacun des items à faible communauté

	Besoin de formation
Les personnes avec un handicap sont moins attirantes sexuellement	58,1 %
Les personnes avec un handicap ne devraient pas procréer	17,3 %

Les données précédentes démontrent que plus de la moitié des participants sont en accord avec l'énoncé stipulant que les personnes avec un handicap sont moins attirantes sexuellement (58,1 %) alors que moins d'un participant sur cinq croit que ces mêmes personnes ne devraient pas procréer.

4.4 Analyses comparatives

La section suivante présente les résultats obtenus suite à l'analyse comparative des scores obtenus en fonction de trois déterminants potentiels, soit le sexe (homme vs femme), le niveau d'études (première année de baccalauréat vs troisième année) et la présence ou non de formation préalable sur la sexualité humaine.

4.4.1 Analyses comparatives selon le sexe

Les analyses suivantes s'orientent autour des différences de moyenne entre les scores des femmes et des hommes de l'échantillon.

Tableau 2.6
Moyenne par score en fonction du sexe

	Sexe	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne
Score connaissances	Féminin	2,74	,39	,03
	Masculin	2,76	,46	,10
Score pertinence	Féminin	2,09	,56	,03
	Masculin	2,01	,55	,12
Score confort	Féminin	2,38	,57	,05
	Masculin	1,99	,64	,14
Score attitudes	Féminin	3,09	,32	,03
	Masculin	3,10	,43	,09
Indicateur gestion	Féminin	3,36	,71	,06
	Masculin	2,57	,84	,18

Les données montrent que les scores moyens obtenus pour chacun des facteurs ne diffèrent pas largement entre les répondants de sexe masculin et féminin. Les résultats obtenus aux tests-*t* sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 2.7

		Test -t pour égalité des moyennes						
		t	ddl	Sig. (bil.)	Diff. moy	Diff. É-T.	Intervalle de confiance 5 95 95% de la différence	
							Inférieure	Supérieure
Score connaissances	Hypothèse de variances égales	-,208	174	,836	-,02	,09	-,20	,16
Score pertinence	Hypothèse de variances égales	,641	174	,523	,08	,13	-,17	,34
Score confort	Hypothèse de variances égales	2,853	174	,005	,39	,14	,12	,65
Score attitudes	Hypothèse de variances égales	-,134	174	,894	-,01	,08	-,17	,15
Indicateur gestion	Hypothèse de variances égales	4,696	174	,000	,79	,17	,46	1,13

Analyses comparatives selon le sexe

Les tests-*t* effectués confirment que les scores moyens obtenus pour chacune des thématiques ne diffèrent pas de façon significative entre les hommes et les femmes de l'échantillon, hormis en ce qui a trait à l'indicateur de gestion des comportements inopportuns et au score de confort. On observe donc que les étudiants de sexe masculin ressentiraient moins d'inconfort à traiter des questions de sexualité avec leur clientèle (*moy.* = 1,99 vs 2,38 pour les filles) et à gérer les comportements sexuels inopportuns (*moy.* = 2,60 vs 3,36 pour les filles). Cependant, la proportion d'homme dans l'échantillon étant minime, les résultats doivent être interprétés avec précaution.

4.4.2 Analyses comparatives selon le niveau d'études

Les tableaux qui suivent présentent les résultats obtenus pour chacun des scores en fonction du niveau de scolarité des répondants, dans ce cas-ci ceux de 1re année et de 3e année de baccalauréat en ergothérapie. De plus, les tests-*t* effectués ont permis de mettre en relief les différences statistiquement significatives entre les deux groupes.

Tableau 2.8

Moyenne par score en fonction du niveau d'études

	Niveau d'études en ergo	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne
Score connaissances	B.A. année 1	2,60	,43	,04
	B.A. année 3	2,91	,29	,03
Score pertinence	B.A. année 1	1,99	,57	,06
	B.A. année 3	2,18	,53	,06
Score confort	B.A. année 1	2,30	,65	,07
	B.A. année 3	2,38	,53	,06
Score attitudes	B.A. année 1	2,98	,34	,03
	B.A. année 3	3,21	,29	,03
Indicateur gestion	B.A. année 1	3,32	,79	,08
	B.A. année 3	3,23	,74	,08

On observe que les besoins de formation semblent plus élevés chez les étudiants de 3e année au niveau des connaissances alors que les besoins semblent plus élevés en ce qui a trait au confort et aux attitudes chez les étudiants de 1re année. En ce qui concerne la pertinence, les étudiants de 3e année semblent globalement accorder moins d'importance aux connaissances sexologiques que leurs homologues de 1re année. Aucune différence substantielle n'est observée quant à la gestion des comportements inopportuns entre les deux groupes. Les résultats des tests-*t* sont présentés dans le tableau qui suit.

Tableau 2.9
Analyses comparatives selon le niveau d'études

		Test-t pour égalité des moyennes						
		t	ddl	Sig. (bil.)	Diff. moy.	Diff. É-T.	Intervalle de confiance 95% de la différence	
							Inférieure	Supérieure
Score connaissances	Hypothèse de variances inégales	-5,762	165,718	,000	-,31	,05	-,42	-,20
Score pertinence	Hypothèse de variances égales	-2,296	177	,023	-,19	,08	-,35	-,03
Score confort	Hypothèse de variances égales	-,964	177	,337	-,09	,09	-,26	,09
Score attitudes	Hypothèse de variances égales	-4,650	177	,000	-,22	,05	-,32	-,13
Indicateur gestion	Hypothèse de variances égales	,828	177	,409	,09	,11	-,13	,32

Il semble que la différence soit statistiquement significative en ce qui a trait au score de *connaissances* et au score d'*attitudes* entre les deux groupes. Les étudiants de 3e année du baccalauréat en ergothérapie auraient des attitudes plus positives à l'égard de la sexualité de personnes avec un handicap et de la sexualité comme élément de la qualité de vie et du processus de réadaptation. Quant aux étudiants de 1re année sondés, ils semblent s'autoévaluer comme ayant davantage de connaissances en matière de sexualité humaine. Le phénomène peut s'expliquer par le fait que les étudiants de première année, principalement ceux en provenance du collégial et qui ont reçu des formations préalables sur la sexualité humaine (psychologie de la sexualité, biologie de la sexualité, anatomie, etc.) se souviennent davantage des notions apprises vu le temps s'étant écoulé entre cette formation et la collecte de données.

4.4.3 Analyses comparatives selon la formation sexologique préalable

Les données présentées dans cette section montrent les scores obtenus pour chacun des facteurs en fonction de la présence ou non d'une formation sexologique préalable.

Tableau 3.0

Moyenne par score en fonction de la formation sexologique préalable

	Formation sexo complémentaire	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne
Score connaissances	Non	2,77	,39	,03
	Oui	2,65	,41	,07
Score pertinence	Non	2,09	,57	,05
	Oui	2,02	,52	,09
Score confort	Non	2,35	,59	,05
	Oui	2,27	,60	,11
Score attitudes	Non	3,07	,33	,03
	Oui	3,18	,36	,06
Indicateur gestion	Non	3,31	,73	,06
	Oui	3,11	,90	,16

On remarque dans le tableau précédent que les moyennes sont sensiblement les mêmes pour les deux groupes, et ce, pour l'ensemble des scores. Le tableau qui suit illustre les résultats obtenus pour les tests-*t*.

Tableau 3.1

Analyses comparatives selon la formation sexologique préalable

		Test-t pour égalité des moyennes						
		t	ddl	Sig. (bil.)	Diff. moy.	Diff. É-T.	Intervalle de confiance 95% de la différence	
							Inférieure	Supérieure
Score connaissances	Hypothèse de variances égales	1,539	177	,126	,12	,08	-,03	,27
Score pertinence	Hypothèse de variances égales	,606	177	,545	,07	,11	-,15	,28
Score confort	Hypothèse de variances égales	,734	177	,464	,09	,12	-,14	,31
Score attitudes	Hypothèse de variances égales	-1,620	177	,107	— -,11	,07	-,23	,02
Indicateur gestion	Hypothèse de variances égales	1,368	177	,173	,20	,15	-,09	,50

Les résultats montrent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative entre les scores obtenus par les étudiants ayant eu une formation complémentaire sur la sexualité humaine et ceux qui n'en ont pas suivie.

CHAPITRE V

DISCUSSION

La recherche visait à analyser les besoins de formation sexologique des étudiants en ergothérapie dans le but de formuler des recommandations quant à la mise sur pied d'une formation adaptée aux besoins perçus et aux demandes spécifiques de cette clientèle. Il s'agissait d'analyser la perception des étudiants en ergothérapie quant à leurs connaissances sexologiques, la pertinence, selon eux, de posséder des connaissances suffisantes sur diverses thématiques sexologiques, l'inconfort appréhendé face à des situations à caractère sexologique pouvant survenir dans le cadre de leur pratique professionnelle et finalement leurs attitudes vis-à-vis de la sexualité des clientèles avec des handicaps, de l'inclusion de la sexualité comme élément du processus de réadaptation et de la tâche des ergothérapeutes.

Suite aux analyses statistiques des données recueillies, plusieurs besoins de formation sexologique ont été mis de l'avant. De plus, des facilitateurs d'une éventuelle formation sont également ressortis des analyses. En outre, des questions au niveau de l'éthique et des valeurs ont été mises en lumière suite à la collecte de données et à l'analyse des résultats. Finalement, la section suivante vise à présenter exhaustivement les résultats de la recherche, à confirmer ou à infirmer les hypothèses de recherche et à présenter les limites de celle-ci.

5.1 Les connaissances

Les conclusions statistiques exprimées dans la section précédente font état de plusieurs besoins de formation, principalement orientés autour des connaissances sexologiques. Ces données confirment certaines des conclusions d'études précédentes (Summerville et McKenna, 1998; Novak, 1998). Dans l'ensemble, les étudiants en

ergothérapie estiment avoir des connaissances insuffisantes sur maintes problématiques de santé sexuelle dont risquent de souffrir leurs clientèles cibles et ne connaissent pas les ressources appropriées afin de les référer aux professionnels adéquats. Outre les domaines de l'anatomie et de l'orientation sexuelle, plus de la moitié des participants ont évalué qu'ils n'avaient pas de connaissances suffisantes sur les sujets suivants : adoption, procréation assistée, infertilité et stérilité, ressources sexologiques, contraception, ITSS et dysfonctions sexuelles. Contrairement à ce qui a été relevé dans d'autres études semblables, les données de cette recherche font ressortir les connaissances comme besoin de formation prioritaire. Pourtant, certains auteurs mentionnaient que le besoin ne réside pas dans le fait de fournir des connaissances, mais bien de permettre aux ergothérapeutes de démystifier la sexualité des personnes avec un handicap pour permettre une plus grande ouverture d'esprit (Parchemiuk, 2012). Cette formule ne semble pas adaptée à la situation au Québec, car les résultats montrent que les étudiants sondés n'ont pas les connaissances nécessaires sur la sexualité des groupes particuliers, mais aussi sur la sexualité humaine en général. Avant même de démystifier la sexualité des personnes avec un handicap, ils se doivent de posséder certaines connaissances de base sur la sexualité dans son ensemble.

Plus précisément, au niveau des connaissances, on observe que pour la grande majorité des thématiques abordées, plus de la moitié des étudiants en ergothérapie sondés estiment avoir des connaissances insuffisantes pour effectuer des interventions efficaces auprès de leurs patients. Seulement l'anatomie des organes génitaux, la reproduction, l'orientation sexuelle et la contraception hormonale sont des sujets sur lesquels plus de la moitié des participants disent avoir un niveau de connaissances adéquat pour intervenir. En ce qui a trait aux thématiques moins bien maîtrisées par les participants, l'adoption, l'infertilité et la stérilité ainsi que les ressources de thérapie sexologique sont les trois besoins de formation les plus fréquents dans l'échantillon. Pourtant, tout ce qui entoure le processus d'adoption ainsi que les

problématiques d'infertilité et de stérilité sont des éléments susceptibles d'être rencontrés dans le cadre de la pratique en ergothérapie compte tenu du fait que les problématiques d'infertilité et de stérilité peuvent être plus fréquentes chez certaines des clientèles traitées en ergothérapie. De plus, des connaissances jugées insuffisantes au niveau des ressources de thérapie sexologique limitent considérablement les références à des professionnels compétents dans le cas où les problématiques sexologiques dépassent les fonctions principales de l'ergothérapeute. Entre autres, les dysfonctions sexuelles et la contraception sont des thématiques qui sont également méconnues par plus de la moitié des répondants. À ce propos, les écrits de la littérature font état de la panoplie de troubles de la fonction sexuelle dont les personnes suivies en ergothérapie peuvent souffrir, tout comme de la difficulté de choisir un contraceptif qui répond aux limites, aux besoins et aux contre-indications propres aux personnes avec un handicap. Les besoins les plus criants, là où l'écart est le plus grand entre la situation actuelle et la situation idéale, se situent définitivement au niveau des connaissances.

5.2 La pertinence

Plus de la moitié des répondants estiment qu'il est pertinent pour un ergothérapeute d'avoir des connaissances suffisantes sur les ressources sexologiques disponibles, l'identité et l'orientation sexuelle, l'anatomie et la physiologie de la sexualité, les ITSS et la contraception. À cet effet, presque la totalité de l'échantillon croit qu'il est important pour un ergothérapeute de connaître les ressources sexologiques disponibles. Les étudiants sondés estiment qu'il est important pour eux d'avoir des connaissances sexologiques adéquates, on remarque cependant dans la section précédente qu'ils ne pensent pas maîtriser suffisamment la majorité des thématiques suggérées. Il y a donc un écart entre la situation actuelle et la situation idéale, telle que vue par les étudiants en ergothérapie. Il serait intéressant de sensibiliser les étudiants en ergothérapie aux problématiques d'infertilité et de stérilité chez les

personnes avec des handicaps afin de leur faire prendre conscience de l'importance d'aborder cette question avec leur clientèle et de savoir les rediriger adéquatement le cas échéant.

D'un autre côté, un peu plus de la moitié croit qu'il n'est pas pertinent pour un ergothérapeute de maîtriser la thématique de la fertilité. Pourtant, on remarque qu'ils estiment avoir des connaissances insuffisantes pour procéder à des interventions efficaces auprès de leurs clientèles, clientèles qui d'ailleurs sont susceptibles de souffrir d'infertilité et de stérilité plus fréquemment que le reste de la population. Il y a donc un décalage entre les besoins observés dans les populations cibles de l'ergothérapie et les besoins identifiés par les étudiants.

Les résultats obtenus suite à l'analyse des données de la section *pertinence* montrent clairement que les étudiants en ergothérapie accordent de l'importance aux thématiques sexologiques dans le cadre de leur pratique professionnelle. En premier lieu, les étudiants estiment qu'il est important pour eux de connaître les ressources disponibles en matière de bien-être et de santé sexuelle. De ce fait, ils semblent juger important de pouvoir rediriger les patients dont les problématiques sexologiques dépassent le cadre de l'ergothérapie à des professionnels compétents. Cependant, on remarque qu'ils jugent également avoir des connaissances limitées de ces types de ressources, la formation actuelle ne permet donc pas de combler cet intérêt. Il en va de même pour plusieurs thématiques, dont les ITSS et la contraception.

5.3 Le confort

Pour la majorité des mises en situation de la section *confort*, les participants n'appréhendent pas d'inconfort à intervenir, hormis dans le cas de tentative de séduction de la part d'un patient ou de devoir fournir une réponse à un patient qui s'inquiète de pouvoir satisfaire son ou sa partenaire sans possibilité de se mouvoir ou

de toucher. Qu'il s'agisse de répondre aux questions des patients concernant la sexualité, les relations interpersonnelles ainsi que l'identité postaccident ou sur la possibilité d'avoir des enfants, les étudiants en ergothérapie se disent à l'aise d'intervenir auprès de leurs clientèles et d'aborder ces sujets avec eux. Néanmoins, moins du tiers des participants se dit à l'aise d'intervenir en ce qui a trait à la gestion des comportements sexuels comme le fait d'être face à un patient qui a des activités sexuelles ou qui a une érection durant un changement de cathéter. Donc, bien que les étudiants s'estiment généralement à l'aise d'intervenir dans un éventail de situations diverses, certaines situations sont susceptibles d'entraîner un plus grand inconfort. Il serait intéressant dans une éventuelle formation de démystifier avec eux ce genre de situation et de suggérer des façons appropriées d'intervenir dans le respect de l'intimité du patient concerné.

Comme observés, les étudiants sondés ont majoritairement des attitudes positives vis-à-vis de la sexualité des personnes avec des handicaps et de l'inclusion de la sexualité comme élément du processus de réadaptation et de la qualité de vie. Ils ont également des attitudes majoritairement positives quant à l'intervention *sexoergothérapeutique* comme tâche de l'ergothérapeute. Ils démontrent également un intérêt pour les connaissances sexologiques et jugent pertinent pour eux d'en posséder un bagage suffisant.

De plus, les données ont fait ressortir qu'ils appréhendent peu ou aucun inconfort à intervenir dans la majorité des mises en situation proposées. Contrairement à ce qui est ressorti de certaines études effectuées à l'étranger, les étudiants en ergothérapie sondés mentionnent avoir un niveau de confort suffisant pour s'engager dans des interventions *sexoergothérapeutiques*.

Ces trois aspects sont considérés comme des facilitateurs d'une éventuelle formation, c'est-à-dire des caractéristiques relevées dans les données qui sont susceptibles

d'augmenter la réussite et l'atteinte des objectifs d'une formation sexologique complémentaire destinée aux étudiants en ergothérapie.

Finalement, bien que les résultats aient démontré que les participants sont généralement à l'aise d'intervenir dans les diverses situations proposées, certaines d'entre elles semblent plus problématiques, principalement quand il s'agit de gérer des comportements sexuels inopportuns. À cet effet, le score de connaissances et l'indicateur de gestion des comportements sont significativement corrélés, de même pour le score de confort. On peut donc envisager qu'une augmentation des connaissances soit positivement corrélée avec une meilleure gestion des comportements sexuels et un plus haut niveau de confort à traiter des questions de sexualité avec les clientèles ciblées. De ce fait, le besoin de formation prioritaire reste la connaissance, car l'atteinte d'un niveau de connaissances adéquat permettrait potentiellement de combler les besoins périphériques.

5.4 Les attitudes

Contrairement à certaines études, les données montrent clairement que les participants ont des attitudes favorables vis-à-vis de la sexualité des personnes avec un handicap et de la sexualité comme élément essentiel du processus de réadaptation et de la qualité de vie (Parchomiuk, 2012). Moins d'un participant sur cinq estime que les blessés médullaires ne peuvent pratiquement pas être actifs sexuellement et que le processus de réadaptation concerne peu la sexualité. Bien que le besoin de formation n'ait pas été observé chez plus de la moitié des participants, de meilleures connaissances quant aux autres aspects de la sexualité que la génitalité permettraient de conscientiser les étudiants face à la sexualité de ces clientèles et probablement de mieux comprendre les enjeux de l'intégration de la sexualité dans le processus de réadaptation.

5.5 Les valeurs

Bien qu'aucune analyse statistique n'ait été prévue à cet effet et que les hypothèses de départ n'aient pas été orientées en ce sens, l'analyse préparatoire des données a permis de montrer que plusieurs participants ont refusé de se positionner sur la question de la sexualité en CHSLD ou en établissement de santé. Le taux de réponses manquantes à cette question était nettement plus élevé que dans l'ensemble du questionnaire ce qui suggère une difficulté à se positionner ou un malaise face à cette interrogation. On peut donc supposer qu'il s'agit d'un enjeu éthique auquel les étudiants devraient être conscientisés.

L'énoncé sur le fait que les handicapés intellectuels ne devraient pas avoir d'enfant semble également poser un problème éthique, car celui-ci comporte, comme le précédent, un nombre important de données manquantes et certains participants ont même précisé la question ajoutant que la réponse donnée variait en fonction de l'état du patient. Il serait pertinent dans le cadre d'une évaluation formelle ultérieure d'approfondir et de démystifier le besoin de formation quant au sujet de la procréation chez les clientèles avec un handicap intellectuel pour permettre aux futurs ergothérapeutes de faire une analyse critique des cas auxquels ils seront confrontés.

5.6 La formation

Les résultats ont montré que les étudiants ayant suivi une formation préalable sur la sexualité humaine n'ont globalement pas obtenu des scores supérieurs à leurs homologues qui n'en ont pas suivi. De ce fait, il semble que les formations proposées au niveau collégial soient insuffisantes pour faire une différence quant aux connaissances perçues par les participants. Par contre, les données obtenues doivent être inférées avec précaution car il n'y avait pas une grande variabilité dans l'échantillon. De surcroît, la formation envisagée pourrait être multidisciplinaire et couvrir un éventail de thématique sous divers points de vue. La formation

complémentaire offerte à l'Université Laval, *Introduction à la sexualité humaine*, ne semble pas non plus être suffisamment approfondie pour faire la différence quant aux connaissances des étudiants en ergothérapie. D'ailleurs, seulement quelques personnes de l'échantillon avaient préalablement suivi cette formation.

Les modèles de formation proposés dans les études homologues ne semblent également pas répondre aux besoins identifiés dans le cadre de cette recherche. Les écrits de la littérature font état de formation permettant aux professionnels en réadaptation de développer une meilleure compréhension de sa propre sexualité. Cependant, les données recueillies montrent que le besoin prioritaire dans ce cas-ci se situe au niveau des connaissances sexologiques alors que les participants ont d'emblée une attitude positive et appréhendent peu d'inconfort à intervenir quant à la sexualité de leurs clientèles. On peut donc se questionner sur la pertinence de proposer une formation semblable dans le contexte québécois. D'autre part, une étude suggérerait de former les apprenants quant aux impacts des divers handicaps sur la fonction sexuelle de l'individu. À ce propos, les besoins de formation identifiés faisant état de lacunes quant aux connaissances sur de multiples thématiques, dont les dysfonctions sexuelles, il serait en effet pertinent d'intégrer ce contenu à une éventuelle formation.

Finalement, il était également suggéré d'intégrer à la formation les modèles contemporains d'intervention et de prise en charge. À cet égard, les résultats ont démontré un certain inconfort à intervenir quant à la gestion des comportements sexuels, il serait intéressant que les étudiants soient formés quant aux modèles d'interventions afin qu'ils puissent procéder dans le respect de l'intimité du patient puis qu'ils se sentent suffisamment outillés pour intervenir. De ce fait, cet aspect du modèle de formation pourrait être pertinent à réutiliser.

5.7 Les hypothèses

La première hypothèse formulée prétendait que les étudiants en ergothérapie sont limités quant à leurs connaissances en matière de sexualité humaine. Cette hypothèse a été validée par les données recueillies. En effet, les résultats montrent que plus de la moitié des étudiants sondés n'ont pas les connaissances suffisantes pour procéder à des interventions efficaces auprès de leurs patients sur les sujets suivants : l'adoption, l'infertilité et la stérilité, la procréation assistée, les dysfonctions sexuelles féminines et masculines, la contraception, les ITSS, leur mode de transmission, de dépistage et leurs symptômes, les ressources sexologiques en matière de thérapie, de procréation, d'avortement et d'obstétrique, de prévention des agressions sexuelles et de dépistage.

La seconde hypothèse voulait que les étudiants en ergothérapie appréhendent un inconfort à traiter des questions de sexualité avec leur clientèle lors de leurs interventions cliniques, principalement en ce qui a trait à la gestion des comportements sexuels. Les données recueillies invalident partiellement cette seconde hypothèse, car les résultats démontrent que les étudiants sondés appréhendent peu d'inconfort à traiter des questions de sexualité et à intervenir auprès de leurs patients dans une majorité de situations. Cependant, les participants disent globalement appréhender un certain inconfort face à une tentative de séduction d'un patient et face à des questionnements sur la sexualité postaccident d'un patient (possibilité de satisfaire son/sa partenaire sans toucher ni bouger). De plus, le plus haut niveau d'inconfort appréhendé a été observé dans les situations de gestion des comportements. Pour les deux items de cet indicateur, plus de la moitié des participants a mentionné appréhender un inconfort. Donc, l'hypothèse selon laquelle les étudiants en ergothérapie appréhendent un inconfort à traiter des questions de sexualité s'applique seulement aux situations de gestion de comportements sexuels.

La troisième hypothèse supposait que les étudiants en ergothérapie ont une attitude favorable à l'égard de la sexualité des groupes particuliers, des gens avec un handicap physique ou intellectuel et des aînés. Cette hypothèse présupposait aussi que les étudiants en ergothérapie estiment que la sexualité est un domaine d'intérêt dans leur pratique professionnelle et qu'il serait important qu'ils puissent effectuer des interventions *sexoergothérapeutiques* efficaces. Les données recueillies valident cette hypothèse. Les étudiants sondés ont globalement des attitudes positives à l'égard de la sexualité des personnes avec un handicap et considèrent que la sexualité est un domaine d'intérêt dans leur profession, car elle est un élément essentiel de la qualité de vie. Leur évaluation quant à la pertinence pour eux de posséder des connaissances sur différents thèmes sexologiques vient également confirmer cette hypothèse.

5.8 Les limites

5.8.1 L'échantillonnage

L'échantillonnage de cette recherche en est un de convenance. L'utilisation de ce type d'échantillon comporte des limites. Les généralisations à partir de ces données doivent être effectuées avec prudence puisqu'il est impossible d'estimer avec précision la distribution de la population globale des étudiants en ergothérapie que nous avons sondée. D'ailleurs, il est difficile d'évaluer si l'échantillon est représentatif de l'ensemble des caractéristiques et des cas types de la population totale des étudiants en ergothérapie au Québec. Par contre, le fait que les étudiants aient été sélectionnés non pas en fonction d'un intérêt, mais par leur présence dans les classes sélectionnées par les professeurs et directeurs des départements en ergothérapie, limite le biais d'autosélection. D'autre part, les participants proviennent exclusivement d'universités francophones, on ne peut donc pas généraliser les résultats aux étudiants en ergothérapie d'universités anglophones pour de multiples raisons. Premièrement, la vision de l'ergothérapie ainsi que la formule d'enseignement et le cursus scolaire sont différents dans les universités anglophones.

Deuxièmement, des biais culturels et idéologiques pourraient entrer en ligne de compte. Dans ce cas, si des analyses avaient été réalisées dans une université anglophone, elles auraient pu faire partie des analyses comparatives (étudiant anglophone vs francophone).

5.8.2 L'outil de mesure

Certains biais liés à l'outil de mesure pourraient avoir influencé les résultats de la recherche dans une moindre proportion. Certaines questions présentes dans le questionnaire pouvaient laisser place à l'interprétation, principalement les questions de valeurs et les questions d'attitudes dont la formulation était négative. En effet, certains questionnaires reçus comportaient des erreurs dans l'attribution des scores, généralement lorsque la question contenait une négation alors que les précédentes n'en contenaient pas. Tant l'analyse du modèle de réponses des participants que les quelques commentaires ayant été inscrits sur les questionnaires afin de préciser les réponses démontrent que certains participants ont potentiellement commis des erreurs dans les choix de réponses lorsque la formulation des questions était négative. Il faudrait donc à l'avenir revoir la formulation de certaines questions afin de s'assurer que les réponses fournies par les répondants soient exactes et éviter toute confusion à la lecture des questions. De plus, les sections de confort et d'attitudes s'intéressent davantage aux clientèles avec un handicap physique, les résultats doivent donc être généralisés avec précaution aux autres clientèles en ergothérapie.

5.8.3 Les analyses comparatives

Les analyses comparatives sont globalement statistiquement non significatives et l'évaluation des types de formation sur la sexualité humaine suivie préalablement par les étudiants en ergothérapie a donné peu de résultats compte tenu du fait que les échantillons sont restreints. Par exemple, dans les analyses comparatives selon le sexe, seulement 11,7 % de l'échantillon était composé d'hommes. La petite taille des

échantillons comparatifs pourrait être à l'origine d'une certaine imprécision et être à l'origine des résultats statistiquement non significatifs.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour objectif d'analyser les besoins de formation sexologique prioritaires des étudiants en ergothérapie dans le but de formuler des recommandations pour une éventuelle formation d'appoint en lien avec la sexualité humaine. Nombre d'études se sont intéressées à cette thématique, principalement à l'étranger. Les études précédentes ayant mis en relief l'importance de former les ergothérapeutes sur la sexualité humaine, pour faire suite aux demandes de patients et d'ergothérapeutes, l'utilité d'une telle formation a été clairement établie. La réalisation d'une étude semblable au Québec visait à infirmer ou confirmer les données des études étrangères et de mettre sur pied un référentiel adapté au contexte Québécois.

Dans l'ensemble, les données recueillies ont mis en lumière des besoins de formation qui s'orientent davantage au niveau des connaissances sexologiques, confirmant ainsi certaines des hypothèses de recherche. Cependant, les étudiants québécois se démarquent de leurs homologues ayant participé aux recherches similaires à l'étranger en ce qui a trait aux autres besoins de formation qui étaient ressortis des études précédentes. Alors que les participants se disent majoritairement à l'aise de procéder à des interventions *sexoergothérapeutiques* les écrits de la littérature mentionnaient un faible niveau de confort dans de pareilles circonstances (Novak, 1988). Contrairement à ce qui avait été démontré dans diverses études, les répondants expriment également des attitudes favorables à l'égard de la sexualité des personnes avec un handicap, accordent de l'importance aux connaissances sexologiques dans le cadre de leur pratique professionnelle et estiment que la sexualité est un élément du processus de réadaptation et de la qualité de vie. De ce fait, les modèles de formation proposés dans les diverses recherches précédentes ne répondent que partiellement aux besoins des étudiants au Québec. Celles-ci suggéraient d'offrir un espace pour

favoriser l'ouverture d'esprit des futurs ergothérapeutes et leur permettre de s'ouvrir sur la sexualité, la leur et celle des clientèles avec des limitations physiques ou intellectuelles. Cette formule n'est certes pas adaptée au contexte québécois compte tenu du fait que la recherche a démontré que les étudiants sondés sont d'emblée favorables à l'intervention *sexoergothérapeutique* et en comprennent l'intérêt dans le processus de réadaptation, en plus d'avoir une attitude positive relativement à la sexualité de leurs clientèles cibles.

Par conséquent, la formation sexologique d'appoint suggérée s'oriente autour des connaissances sexologiques et de la mise en application de celles-ci dans des situations susceptibles de survenir dans la pratique de l'ergothérapie. Les thématiques des dysfonctions sexuelles, des ITSS, de la contraception et de la fertilité sont du nombre. On remarque également que les étudiants ont un niveau de connaissances particulièrement faible quant aux ressources disponibles en santé et bien-être sexuels. Or, il importe de leur fournir un bagage de connaissances et d'outils de référence afin qu'ils puissent répondre aux besoins de leur clientèle. Actuellement, il semble qu'ils n'aient ni les connaissances nécessaires pour procéder à des interventions efficaces, ni pour référer aux professionnels adéquats dans la mesure où une problématique dépasse leurs compétences d'ergothérapeutes. Deux éléments qui pourraient expliquer le faible taux de prise en charge des problématiques sexologiques dans le cadre du processus de réadaptation.

Pourtant, les résultats illustrent l'intérêt que les participants accordent aux connaissances sexologiques dans le cadre de leur profession dans la mesure où ils ont majoritairement évalué les connaissances mentionnées comme étant importantes en ergothérapie. On observe donc que la situation actuelle ne répond pas aux intérêts des étudiants. Il faut offrir aux ergothérapeutes, et éventuellement aux autres professionnels des équipes de réadaptation, une formation complémentaire adéquate, axée davantage sur un transfert de connaissances et de leur faire découvrir des outils

de référence incontournables qui leur permettront d'améliorer leurs interventions et d'augmenter leurs sentiments de confort et d'efficacité dans l'intervention.

Pour l'avenir, plusieurs pistes de réflexion s'offrent aux futurs chercheurs afin d'approfondir la thématique. Qu'il s'agisse de l'évaluation des besoins de formation sexologique des autres professionnels en réadaptation et plus globalement des professionnels de la santé ou l'évaluation des programmes de formation sexologique actuellement offerts aux professionnels de la santé, il reste beaucoup à faire afin d'avoir des formations efficaces et offertes systématiquement à tous les professionnels de la santé. De plus, les coûts ainsi que les processus d'implantation et d'évaluation de telles formations pourraient également faire l'objet de recherches ultérieures. Il importe donc de continuer à documenter les besoins de formation sexologique des professionnels en réadaptation et l'état actuel de la formation offerte au Québec.

BIBLIOGRAPHIE

- Annon, J. *The Behavioral Treatment of Sexual Problems: Brief Therapy*, Harper & Rowe, New York, 1976
- Barbier, J.M. et Lesne, M. *L'analyse des besoins en formation*. Paris, Jauze, 1977.
- Bélangier, D. 2009. « Traumatismes crâniens et réadaptation sexuelle ». *Sexologies*, vol. 18, no 2 (avril-juin), p. 121-127
- Brashear, D.B. 1978. « Integrating Human Sexuality into Rehabilitation Practice ». *Sexuality and Disability*, vol. 1, no 3(fall), p.190-199
- Booth, S., M. Kendall, P. Fronek, D. Miller et T. Geraghty. 2003. « Training the Interdisciplinary Team in Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury: A Needs Assessment ». *Sexuality and Disabilities*, vol. 21, no 4 (winter), p. 249-261
- Botvin Madorsky, J.G. et T.P. Dixon. 1983. « Rehabilitation Aspects of Human Sexuality ». *The Western Journal of Medicine*, vol. 139 (august), p. 174-176
- Carter, S. 1997. « Identification des besoins de formation des étudiants en voie d'obtenir leur diplôme en sexologie au niveau du baccalauréat ou de la maîtrise au cours de l'année 1997, en matière d'abus sexuel subi durant l'enfance », Mémoire de maîtrise, Montréal, Sexologie, Université du Québec, 211 p.
- Chambon, X. 2008. « Analyse rétrospective de la sexualité chez la personne hémiplegique ». Mémoire de maîtrise, Université Claude Bernard, Lyon, 21p.
- Chambon, X. 2010. « Analyse de la sexualité chez la personne hémiplegique ». *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, vol. 30, no 1 (mars), p.12-17
- Charlifue, S.W., K.A. Gerhart, R.R. Menter, G.G. Whiteneck et M.S. Manely. 1992. « Sexual Issues of Women With Spinal Cord Injuries », *Paraplegia*, vol. 30, p. 192-199
- Conine, T.A., G.M. Christie, G.K. Hammond et M.F. Smith. 1979. « An Assessment of Occupational Therapists Roles and Attitudes Toward Sexual Rehabilitation

- of the Disabled. » *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 33, p.515-519
- Couldrick, L. 1998. « Sexual Issues : an Area of Concern for Occupational Therapists ? ». *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 61, no 11 (november), p.493-496(4)
- Couldrick, L. 1998. « Sexual Issues within Occupational Therapy Part 1 : Attitudes and Practice». *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 61, no 12 (december), p.538-544
- Couldrick, L. 1999. « Sexual Issues within Occupational Therapy Part 2 : Implications for Education and Practice». *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 62, no 1 (january), p.26-30(5)
- Courtois, F., K. Charvier, A. Leriche, J-G. Vézina et G. Jacquemin. 2009. « Réactions sexuelles et orgasme chez le patient traumatisé médullaire : un modèle de rééducation/réadaptation ». *Sexologies*, vol. 18, no 2 (avril-juin), p.114-120
- Dazord, A., P. Gérin, C. Brochier, M. Cluse, J-L., Terra et C. Seulin. 1993. « Un modèle de qualité de la vie subjective adapté aux essais thérapeutiques : intérêt chez les patients dépressifs ». *Santé mentale au Québec*, vol. 18, no 2, p.49-73
- De Ketele, J.M. 1989. *Guide du formateur, Pédagogie en développement*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael, 254p.
- Donzé, C. et P. Hautecoeur. 2009. « Troubles sphinctériens au stade précoce de la sclérose en plaques ». *Revue neurologique*, vol. 165, no 4 (mars), p. S148-S155
- Drench, M.E. 1992. « Impact of Altered Sexuality and Sexual Fonction in Spinal Cord Injury : a review ». *Sexuality and Disability*, vol. 10, p. 3-13
- Esmail, S. 2006. Impact of Disability on Couples Sexual Relationships : Focus on Multiple Sclerosis. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, p. 5730
- Esmail S, Knox H, Scott H. 2012. La sexualité et le rôle du professionnel de la réadaptation. In: JH Stone, M Blouin, editors. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. En ligne: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/29/> (date de consultation: le 20 août 2012)

- Faisandier, S. et J. Soyer. 2007. *Fonction formation*. Groupe Eyrolles : Éditions d'Organisation, En ligne : http://www.editions-organisation.com/Chapitres/9782708136687/Chap6_Soyer.pdf (date de consultation: le 15 novembre 2010)
- Fronek, P., S. Booth, M. Kendall, D. Miller et T. Geraghty. 2005. « The Effectiveness of a Sexuality Training Program for the Interdisciplinary Spinal Cord Injury Rehabilitation Team ». *Sexuality and Disability*, vol. 23, no 2 (summer), p. 51-63
- Goldstein, H et C. Runyon. 1993. « An occupational therapy educational module to increase sensitivity about geriatric sexuality ». *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, vol. 11, no 2, p. 57-76
- Haboubi, N.H.J. et N. Lincoln. 2003. « Views of health professionals on discussing sexual issues with patients ». *Disability and Rehabilitation*, vol.25, no 6, p. 291-296
- Javaherian, H., A.B. Christy et M. Boehringer. 2008. « Occupational Therapy Practitioner's Comfort Level and Preparedness in Working With Individuals Who Are Gay, Lesbian or Bisexual ». *Journal of Allied Health*, vol. 37, no 3, p. 150-155
- Kendall, M., S. Booth, P. Fronek, D. Miller et T. Geraghty. 2003. « The Development of a Scale to Assess the Training Needs of Professionals in Providing Sexuality Rehabilitation Following Spinal Cord Injury ». *Sexuality and Disability*, vol. 21, no 1 (spring), p. 49-64
- Kiekens, C. 2005. « La sexualité de la femme paraplégique », *Louvain Médical*, vol. 124, no 10, p. S289-S293
- Labesse, M-E. et C. Farley. 2008. *Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation ; volet formation continue*. Québec : Institut national de santé publique, 68 p., En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/800_Cadre_de_reference.pdf (consulté le 27 septembre 2010)
- Lapointe, J-J. 1992. *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation ; une approche systémique*. Sillery : Presses de l'Université du Québec, 307 p.

- Le Floch, J.P., J.C., Colau, M. Zaratarian et B. Gelas. 1997. « Réduction d'un questionnaire d'évaluation de la qualité de vie en ménopause ». *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 23, no 3, p. 238-245
- Jones, M.K., P. Weerakoon et R. A. Pynor. 2005. « Survey of Occupational Therapy Student's Attitudes Towards Sexual Issues in Clinical Practice ». *Occupational Therapy International*, vol. 12, no 2, p. 95-106
- Labesse, Maud-Emmanuelle. Et Farley, Céline. « Cadre de référence sur l'analyse de besoins de formation ; volet formation continue », Juin 2008, *Institut National de Santé Publique du Québec*, En ligne : Québec, 68 p.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/800_Cadre_de_reference.pdf
 (consulté le 27 septembre 2010)
- Lapointe, Jean-Jacques. *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation ; une approche systémique*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 1992, 307 p.
- McAlonan, S. 1996. « Sexual Conselling and Spinal Cord Injury ». *Sexuality and Disability*, vol. 11, p. 73-97
- Makoto, I. (2008) Expert Commentary C : Sexuality Among People With Physical Disabilities. In Carroll J.M. & Alena, M.K. (Eds.) *Psychological Sexual Dysfunctions*, NY U.S., Nova Biomedical Books, 15-18
- Marquis, P., G. Amarenco, C. Sapère, F. Josserand, C. McCarthy, M. Zerbib, F. Richard, B. Jacquetin, R. Villet, B. Leriche, J-M. Casanova, S. Conquy et M. Zafiropoulos. 1997. « Élaboration et validation d'un questionnaire qualité de vie spécifique de l'impériosité mictionnelle chez la femme ». *Progrès en urologie*, vol. 7, p.56-63
- McAlonan, S. 1996. « Improving Sexual Rehabilitation Services : The Patient's Perspective ». *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 50, no 10 (november/december), p.826-834
- McLaughlin, J. et A. Cregan. 2005. Sexuality in Stroke Care : A Neglected Quality of Life Issue in Stroke Rehabilitation? A pilot Study ». *Sexuality and Disability*, vol. 23, no 4(winter), p. 213-226
- Mercier, M. 2005. « Vie affective et sexuelle des personnes handicapées physiques : briser les tabous ». *Louvain Médical*, vol. 124, no 10, p. S260-266

- Munger, P. et M. Lemay. 1985. « Analyse de besoins en formation sexologique chez des éducateurs et éducatrices oeuvrant auprès de personnes handicapées mentales », Rapport d'activités, Montréal, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, 148 p.
- Nadeau, M. (1988) *L'évaluation des programmes d'études : Théorie et pratique*. Québec : Les presses de l'Université Laval, 474p.
- Neistadt, M. 1986. « Sexuality Counseling for Adult With Disabilities : a Module for an Occupational Therapy Curriculum ». *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 40, no 8, p. 542-545
- Northcott, R. et G. Chard. 2000. « Sexual Aspects of Rehabilitation : the Client's Perspective ». *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 64, no 9, p. 412-418
- Novak, P.P. et M. M. Mitchel. 1988. « Professional involvement in sexuality counseling for patients with spinal cord injuries ». *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 42, no 2, p. 105-112
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (s.d.) *L'ordre*, En ligne : <http://www.oeq.org/ordre.fr.html> (date de consultation: le 16 octobre 2010)
- Parchomiuk, M. « Specialists and Sexuality of Individuals with Disability ». *Sexuality and Disabilities*, En ligne : <http://www.springerlink.com/content/gm75011w8603746x/> (date de consultation : le 20 août 2012)
- Payne, M. J., D.L. Greer et D.E. Corbin. 1988. « Sexual Functioning as a Topic in Occupational Therapy Training : A Survey of programs ». *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 42, no 4, p. 227-230
- Roegiers, X. (1993) *Analyser une action d'éducation ou de formation ; analyser les programmes, les plans et les projets d'éducation ou de formation pour mieux les élaborer, les réaliser et les évaluer*. Bruxelles : Éditions De Boeck Université, 182 p.
- Sakellariou, D. et S.S. Algado. 2006. « Sexuality and Occupational Therapy : Exploring the Link ». *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 69, no 8, p. 350-356

- Sevène, A., B. Akrou, E. Galimard, Maisonneuve, M. Kutneh, P. Royer et M. Sevène. 2009. « Sclérose en plaques et sexualité : un modèle complexe ». *Sexologies*, vol. 18, no 2, p. 128-133
- Sidman, J.M. 1977. Sexual Functioning and the Physically Disabled Adult. *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 31, no 2, p. 81-85
- Siegrist, D., V. Izard et P. Denys. *Vie de femme et handicap moteur : sexualité et maternité*, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 2003, 102 p.
- Sladyk, K. 1990. « Teaching Safe Practices to Psychiatric Patients ». *American Journal of Occupational therapy*, vol. 44, no 3(march), p. 284-286
- Summerville, P. et K. McKenna. 1998. « Sexuality Education and Counselling for Individuals with a Spinal Cord Injury: Implications for Occupational Therapy ». *The British Journal of Occupational Therapy*, vol. 61, no 6, p. 275-279
- Turpie, A. G., B.S.P. Chin et G.Y.H. Lip. 2002. « Venous Thromboembolism : pathophysiology, clinical features, and prevention ». *BMJ*, vol. 325, p.887-890
- Vaillancourt, M. 1993 « Évaluation des besoins éducationnels en ergonomie au sein de la formation professionnelle en physiothérapie », Thèse de doctorat, Hull, Université de Hull, 192 p.
- Yallop, S. et M.H., Fitzgerald. 1997. « Exploration of Occupational Therapists' Comfort With Client Sexuality Issues ». *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 44

ANNEXES

ANNEXE A

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT**Projet sur l'évaluation des besoins de formation sexologique en ergothérapie**

Responsable du projet :

Maude Lecompte, sexologue B.A., étudiante à la maîtrise en sexologie, UQÀM

BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

La présente recherche vise à évaluer les besoins de formation sexologique des étudiants en ergothérapie. Les objectifs de cette étude sont de :

- faire ressortir les besoins de formation sexologique prioritaires des étudiants en ergothérapie;
- proposer des pistes de réflexion quant à l'éventuelle mise sur pieds d'une formation complémentaire sur la sexualité humaine, adaptée à l'ergothérapie.

Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de Dominic Beaulieu-Prévost, professeur au département de sexologie de l'UQÀM.

PROCÉDURE(S)

Cette étude se limite à l'administration de l'*Échelle de connaissances, confort et attitudes à l'égard de la sexualité*. Ce questionnaire prend environ 15 min à remplir et porte sur vos connaissances. Le questionnaire portera sur vos connaissances quant aux problématiques de santé sexuelle susceptibles d'être rencontrées en ergothérapie, votre confort à intervenir face à la sexualité des personnes avec des limites physiques ou intellectuelles ainsi que vos attitudes vis-à-vis de la sexualité des personnes avec un handicap et de la sexualité en général.

AVANTAGES et RISQUES

Votre participation n'implique aucun avantage personnel ni rémunération. Il n'y a aucun risque ou inconfort connu associé à votre participation.

CONFIDENTIALITÉ et UTILISATION DES DONNÉES

Vos réponses seront traitées de façon confidentielle et votre nom ne sera jamais associé aux résultats de la recherche. Les questionnaires et les formulaires de consentement seront conservés séparément sous clé par le responsable du projet pour la durée totale du projet, et ils seront détruits 2 ans après les dernières publications. Les données serviront principalement à la rédaction d'un mémoire, d'un rapport global destiné aux départements ayant participé, et potentiellement d'autres publications scientifiques (ex., articles).

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire, ce qui signifie que vous êtes libre de répondre ou non au questionnaire et que vous pouvez décider en tout temps d'interrompre votre participation sans aucune conséquence négative. Vos données ne seront utilisées seulement si vous consentez à participer.

DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter Maude Lecompte, la responsable du projet, à lecompte.maude@courrier.uqam.ca pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez aussi contacter Dominic Beaulieu-Prévost, le directeur de recherche, au (514) 987-3000 poste 4211 ou par courriel au beaulieu-prevost.dominic@uqam.ca, pour des questions concernant votre participation ou vos droits en tant que participant.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toute question ne pouvant être adressée au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche à l'UQÀM, Marc Bélanger, au numéro (514) 987-3000 poste 5021. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

REMERCIEMENTS

Votre collaboration est essentielle à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous remercier du temps accordé.

SIGNATURES :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et je consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il me suffit d'en informer le responsable du projet.

Nom du participant
(écrire lisiblement)

Signature

Date

N'hésitez pas à demander une copie du formulaire de consentement en rapportant votre questionnaire si vous le désirez.

ANNEXE B

QUESTIONNAIRE

Échelle de connaissances, confort et attitudes à l'égard de la sexualité

Instructions : Veuillez lire attentivement les instructions qui précèdent chaque segment et répondre le plus honnêtement possible au questionnaire. Il n'y a aucune mauvaise réponse.

Remarque : Le masculin est employé dans le but d'alléger le questionnaire. Veuillez considérer que lorsqu'il n'y a aucune précision sur le sexe, les questions et les affirmations font référence aux patients des deux sexes.

Information sociodémographique

Sexe (encercler) : Féminin Masculin

Âge : _____

Université : _____

Niveau actuel d'étude en ergothérapie (encrer l'année) : Bac : 1^{re} 2^e 3^e
Maîtrise : 1^{re} 2^e

Formation complémentaire

Avez-vous déjà suivi une formation complémentaire sur la sexualité humaine (biologie de la sexualité, psychologie de la sexualité, introduction à la sexologie, etc.), soit dans le cadre de vos études collégiales ou dans un autre programme universitaire?

Oui	Non
-----	-----

Si oui, veuillez préciser :

- (a) la durée de la formation (en heures) : _____
- (b) l'année de la formation : _____
- (c) le contexte de formation (formation collégiale, universitaire, professionnelle, extrascolaire, etc.) : _____
- (d) le contenu principal de la formation (biologie de la sexualité, anatomie, etc.) : _____

SECTION 1: CONNAISSANCES

Veuillez indiquer où vous situez votre niveau de connaissances quant aux thématiques mentionnées en fonction de l'échelle suivante :

<i>Connaissance approfondie de ce sujet</i>	<i>Connaissance suffisante du sujet pour intervenir auprès d'une clientèle donnée</i>	<i>Connaissance insuffisante du sujet pour procéder à une intervention</i>	<i>Aucune connaissance utile du sujet</i>
1	2	3	4
Anatomie et physiologie de la sexualité			
1. Anatomie des organes génitaux			1 2 3 4
2. Reproduction (cycle menstruel, hormones, ovulation, spermatogénèse, etc.)			1 2 3 4
Infections transmises / transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)			
3. Infections d'origine bactérienne (gonorrhée, chlamydia, syphilis)			1 2 3 4
4. Infections d'origine virale (herpès VHS, VIH/Sida, VPH)			1 2 3 4
5. Principaux mode de transmission (contact direct, indirect, transmission verticale, etc.)			1 2 3 4
6. Signes et symptômes courants			1 2 3 4
7. Méthodes de dépistage			1 2 3 4
Fertilité			
8. Procédures de procréation assistée			1 2 3 4
9. Adoption (loi, processus, critères de sélection, etc.)			1 2 3 4
10. Infertilité et stérilité (quand, où consulter, critères diagnostiques)			1 2 3 4
Contraception			
11. Méthodes contraceptives barrières : diaphragme, condom féminin et masculin, éponge, cape cervicale (mode d'emploi, avantages inconvénients, public-cible)			1 2 3 4
12. Méthodes contraceptives hormonales : pilule contraceptive, mini-pilule, stérilet mirena, timbre, anneau vaginal (mode d'emploi, avantages inconvénients, public-cible)			1 2 3 4
13. Méthodes contraceptives naturelles : méthode du calendrier, méthode de la glaire cervicale (mode d'emploi, avantages inconvénients, public-cible)			1 2 3 4
14. Méthodes contraceptives d'urgence : méthode Yuptze, plan B (mode d'emploi, avantages inconvénients, public-cible)			1 2 3 4
15. Méthodes contraceptives chirurgicales : ligatures des trompes, vasectomie (mode d'emploi, avantages inconvénients, public-cible)			1 2 3 4

<i>Connaissance approfondie de ce sujet</i>	<i>Connaissance suffisante du sujet pour intervenir auprès d'une clientèle donnée</i>	<i>Connaissance insuffisante du sujet pour procéder à une intervention</i>	<i>Aucune connaissance utile du sujet</i>
1	2	3	4
Dysfonctions sexuelles			
16. Dysfonctions sexuelles masculines (dysfonction érectile, troubles éjaculatoires, etc.)			1 2 3 4
17. Dysfonctions sexuelles féminines (anorgasmie, vaginisme, douleurs coïtales, etc.)			1 2 3 4
Identité sexuelle et orientation sexuelle			
18. Identité sexuelle (rôles sexuels, double standard, stéréotypes de genre)			1 2 3 4
19. Orientations sexuelles autres qu'hétérosexuelle (lesbianisme, homosexualité masculine, transgenrisme, bisexualité)			1 2 3 4
Ressources disponibles en matière de bien-être et de santé sexuelle			
20. Prévention des agressions sexuelles			1 2 3 4
21. Thérapie sexologique (counselling, suivi à long terme, thérapie de couple)			1 2 3 4
22. Cliniques de dépistage et de suivi en matière d'infections transmises/transmissibles sexuellement ou par le sang (ITSS)			1 2 3 4
23. Cliniques de procréation assistée, d'avortement, d'obstétrique			1 2 3 4

SECTION 2: PERTINENCE DES CONNAISSANCES

Veuillez évaluer à partir de l'échelle suivante à quel point, selon vous, il est important pour un ergothérapeute de maîtriser les domaines de connaissances suivants.

<i>Extrêmement important</i>	<i>Assez important</i>	<i>Un peu important</i>	<i>Aucunement important</i>
1	2	3	4
24. L'anatomie et la physiologie de la sexualité			1 2 3 4
25. Les infections transmises / transmissibles sexuellement ou par le sang			1 2 3 4
26. La fertilité			1 2 3 4
27. Les méthodes de contraception			1 2 3 4
28. L'identité sexuelle et l'orientation sexuelle			1 2 3 4
29. Les ressources disponibles en matière de bien-être et de santé sexuelle			1 2 3 4

SECTION 3: CONFORT

Veillez lire attentivement les mises en situation suivantes et encerclez une réponse de 1 à 4 en fonction du sentiment d'inconfort que vous pourriez ressentir si vous aviez à intervenir dans une telle situation.

Aucun inconfort
1

Faible inconfort
2

Inconfort moyen
3

Inconfort élevé
4

Parler de sexualité avec les patients et leur fournir des réponses satisfaisantes à leurs questionnements sur la réadaptation de leur sexualité

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 30. Un patient vous pose des questions sur la réponse sexuelle et les handicaps physiques | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Un patient lourdement handicapé vous demande s'il pourra éventuellement avoir des enfants | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Un patient vous demande si sa sexualité ressemblera à ce qu'elle était avant son handicap | 1 | 2 | 3 | 4 |

Gestion des comportements sexuels inappropriés

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 33. Au moment où vous changez le cathéter, un patient a une érection | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Vous entrez dans une chambre et vous surprenez un patient en train d'avoir des activités sexuelles seul ou avec un/une partenaire | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Un patient essaye de vous séduire ou vous regarde de façon insistante au moment où vous lui prodiguez des soins | 1 | 2 | 3 | 4 |

Traiter des autres formes d'expression de la sexualité et de l'érotisme que la génitalité pour les patients tétraplégiques

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 36. Un patient lourdement handicapé vous demande s'il pourra un jour avoir des relations sexuelles à nouveau | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Un patient vous demande comment il peut satisfaire son/sa partenaire s'il est incapable de bouger et de toucher | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Un patient vous demande comment il pourra se réaliser dans sa sexualité s'il ne ressent plus rien au niveau génital | 1 | 2 | 3 | 4 |

Proposer des solutions ou des alternatives pour remédier aux contraintes des limites physiques ou intellectuelles dans l'exercice de la sexualité

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 39. Un patient vous demande quelles positions sexuelles peut-il effectuer avec son ou sa partenaire suite à son accident | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Un patient vous demande ce qu'il fera de son cathéter durant la relation sexuelle | 1 | 2 | 3 | 4 |

Aucun inconfort
1

Faible inconfort
2

Inconfort moyen
3

Inconfort élevé
4

Comprendre les troubles d'identité, les remises en question et les atteintes à l'estime de soi qui peuvent survenir suite aux modifications corporelles

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 41. Vous trouvez un patient en larme qui affirme ne plus être un vrai homme depuis son accident | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Un patient affirme qu'il ne connaît personne qui serait intéressé par quelqu'un en chaise roulante | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Un patient vous demande si vous croyez qu'il pourra rencontrer quelqu'un | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Un patient vous demande si son/sa partenaire éprouvera toujours du désir pour lui/elle malgré son handicap | 1 | 2 | 3 | 4 |

SECTION 4: ATTITUDES

Veuillez lire attentivement chacun des énoncés et encrer votre niveau d'accord et de désaccord en fonction de l'échelle suivante :

Fortement en accord
1

En accord
2

En désaccord
3

Fortement en désaccord
4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 45. Les personnes handicapées sont moins attirantes sexuellement pour les autres | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Les individus blessés médullaires ne peuvent pratiquement pas être actifs sexuellement | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Les personnes avec un handicap ne devraient pas trop espérer avoir des enfants | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. La sexualité devrait être plus restrictive en centre de réadaptation ou en CHSLD | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Les individus avec un handicap intellectuel devraient pouvoir choisir d'avoir des enfants et obtenir l'aide nécessaire | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. En général, les individus handicapés physiques ont très peu de sexualité | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Les personnes âgées ont généralement peu de vie sexuelle et beaucoup moins de désir. C'est donc rarement un sujet qui les intéresse. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. La sexualité des patients n'est pas une thématique qui relève des ergothérapeutes | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Le processus de réadaptation des patients concerne très peu leur sexualité | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. La sexualité n'est pas un élément essentiel de la qualité de vie des patients en réadaptation | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Les personnes avec un handicap intellectuel ne devraient pas avoir d'enfants | 1 | 2 | 3 | 4 |

Merci de votre participation!!